

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: 5/0822/161 (458/22)		APPLICATION DATE: 16/8/22		
NAME of APPLICANT: Mrs. Asha Devi		AGE-YEARS 58		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Rajbeer		SEX F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 172, Chirag Dilli N.D.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above				
OCCUPATION: h/w		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1-00 lacs (Family Income)		(Attach Proof of Income)		
PAN No.:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
FAMILY DETAILS:				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Rajbeer	60	M	Husband
2	Reema	30	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):				
☐ BPL Card (Attach Card Copy)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		☐ Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached:				
Diag. - Lt. Cataract				
Sur. - Lt. Phacoemulsification				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:				
None				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेख की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पूरा किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को भेज रहा हूँ, उस वरिष्ठ का जोशिका या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो रहा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके पक्षधरों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा यादगार, प्रिंट, चित्रण/वीडियो द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का निवेदन मेरी इच्छा को पूरा करने या न करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वाधीन है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं उनसे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके पक्षधरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न

31/2/22

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

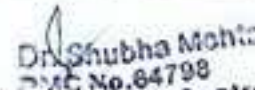
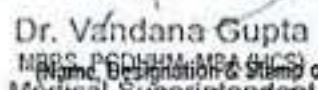
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

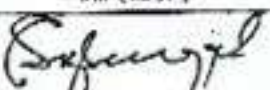
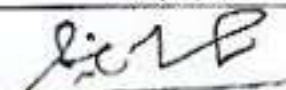
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से ली जा सके, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अस्वीकार/पूरी नहीं की जा सकती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल पूर्णतः स्वतंत्र रूप से रोगी/मरीज को उपचार देगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और आगे जाने को सही निर्णय रोगी एवं हस्पताल को होवे और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/8/22	Dr. Shubha Mohita  (Name of Dr. & Regn. No. Stamp) डाक्टर की नाम व पंजीकरण नंबर	Dr. Vandana Gupta  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital) Shroff A-9, Kailash Colony, New Delhi-110049
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
--	---