

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                               |                       | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)        |        |                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------|---------------------------|--|
| APPLICATION No.: S/0822/166 (438/22)                                          |                       | APPLICATION DATE: 20/8/22                 |        |                           |  |
| NAME of APPLICANT: Mrs. Veera Devi                                            |                       | AGE-YEARS: 65                             |        |                           |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ratan Kumar                                           |                       | SEX: F                                    |        |                           |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: D-2, JF Colony, Khompur, N.D.                      |                       |                                           |        |                           |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above                                         |                       |                                           |        |                           |  |
| OCCUPATION: N/A                                                               |                       | MARRIED (वियोजित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |        |                           |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.15 Lacs (Family Income)                            |                       | (Attach Proof of Income)                  |        |                           |  |
| PAN No. [Blank]                                                               |                       |                                           |        |                           |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes ( ) No (X) |                       |                                           |        |                           |  |
| FAMILY DETAILS                                                                |                       |                                           |        |                           |  |
| Sr. No.                                                                       | Name of Family Member | Age (Years)                               | Gender | Relation with Applicant   |  |
| 01                                                                            | Ratan                 | 70                                        | M      | Husband                   |  |
| 02                                                                            | Amit                  | 31                                        | M      | Son                       |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                |                       |                                           |        |                           |  |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                                   |                       | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) |        | Ration Card (Attach Copy) |  |
| Any Other Basis/Proof                                                         |                       |                                           |        |                           |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                          |                       |                                           |        |                           |  |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                        |                       |                                           |        |                           |  |
| Sr. No.                                                                       | NAME of OTHER SOURCE  |                                           |        |                           |  |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                            |                       |                                           |        |                           |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं या मेरा परिवार अब या भविष्य में कहीं से भी, इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही राशिवाप में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषणा करें, उन्हें "कोशिका" एनएचटी, दान, वाचना/युद्ध वगैरह से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएचटी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

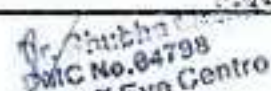
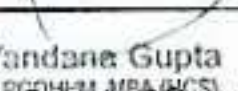
वीरेंद्र देवी

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ (हस्पताल) यहाँ घोषणा करता हूँ कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए से ली जाये, जब तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु नहीं है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/अनुमति हेतु अनुमति नहीं मिले तो हमारा निर्णय होगा कि हम सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी 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 के इलाज सुरक्षित और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

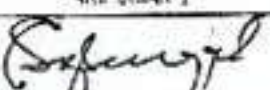
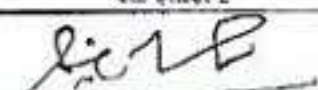
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>20/8/22 | <br><b>Dr. Vandana Gupta</b><br>MBS, BCOHIM, MBA (HCS)<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>Medical Superintendent of Hospital)<br>Shroff Eye Centre<br>अक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप<br>A-9, Kirti Nagar Colony, New Delhi-110028 | <br><b>Dr. Vandana Gupta</b><br>MBS, BCOHIM, MBA (HCS)<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>Medical Superintendent of Hospital)<br>Shroff Eye Centre<br>अक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप<br>A-9, Kirti Nagar Colony, New Delhi-110028 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|