

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																									
APPLICATION No. : S/0922/188 (522/22)		APPLICATION DATE : 10/9/22																																									
NAME of APPLICANT : Mr. Siva Ram Yadav		AGE-YEARS : 72																																									
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sukh Dev Yadav		SEX : M																																									
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : C-151 Hari Nagar, Badarpur, New Delhi																																											
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above																																											
OCCUPATION : Unemployed		MARRIED (विकृत) / UNMARRIED (अविकृत) :																																									
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 2.00 Lacs (Family Income)		(Attach Proof of Income)																																									
PAN No. :																																											
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):																																											
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Basant Devi</td> <td>61</td> <td>F</td> <td>Wife</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pawan</td> <td>42</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ranjit</td> <td>38</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Manoj</td> <td>32</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Saroj</td> <td>31</td> <td>F</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Santosh</td> <td>25</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Mukesh</td> <td>21</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1	Basant Devi	61	F	Wife	2	Pawan	42	M	Son	3	Ranjit	38	M	Son	4	Manoj	32	M	Son	5	Saroj	31	F	Son	6	Santosh	25	M	Son	7	Mukesh	21	M	Son
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																							
1	Basant Devi	61	F	Wife																																							
2	Pawan	42	M	Son																																							
3	Ranjit	38	M	Son																																							
4	Manoj	32	M	Son																																							
5	Saroj	31	F	Son																																							
6	Santosh	25	M	Son																																							
7	Mukesh	21	M	Son																																							
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card</th> <th>EWS Certificate</th> <th>Ration Card</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(Attach Card Copy)</td> <td>(Attach Certificate Copy)</td> <td>(Attach Copy)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</td> <td>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</td> <td>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)																													
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof																																								
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)																																									
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)																																									
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Diagn- RE Cataract</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Suri- RE Phacoemuls</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1	Diagn- RE Cataract	2	Suri- RE Phacoemuls																																		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																										
1	Diagn- RE Cataract																																										
2	Suri- RE Phacoemuls																																										
ASSISTANCE BEING AVAIL ED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL ED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL ED																																					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL ED																																									

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

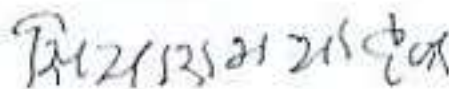
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरे आवेदन निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से रही उसको मैं, अपना उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु वह प्रत्येक की गई है, उस राशि का उद्देश्य वह सकता है जिससे अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं उसे लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएन आरसी, दन, चामरा/यह दूरी उद्देश्य से कुछे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का प्रसारण मेरे द्वारा केवल के लिए या कर के करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से शर्तों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के घोषित है पूर्णतः सत्य; सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आरसी आचार्य का निर्णय अंतिम और संप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से समझ न 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 उस रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं किया/सकता हेतु चमत्कार को किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार इस रोगी/रोगी के लिये या से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

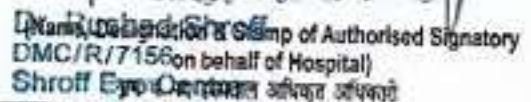
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/9/22

Dr. SHUBHA MEHTA

DMC No. 64798
(Name & Designation Stamp)

Shroff Eye Hospital

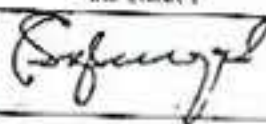



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

