

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No: <u>SI/09/22/200 (530/22)</u>		APPLICATION DATE: <u>29/9/22</u>			
NAME of APPLICANT: <u>Mr. Surender Singh</u>		AGE-YEARS: <u>63</u>		SEX: <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Bachan Singh</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>687/7 GROUND FLOOR New Delhi</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>As Above</u>					
OCCUPATION: <u>Unemployed</u>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <u>Unmarried</u>	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>Rs. 1.5 Lacs (Family Income)</u>				(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>---</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes</u> ☒ <u>No</u> ☐					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)	
<u>1</u>	<u>Gurdeep Kaur</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>	
<u>2</u>	<u>Tanvir Singh</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>	
<u>3</u>	<u>Sukhdev</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:					
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
	<u>Diag:- RE Cataract</u>				
	<u>Surg:- RE Phaco + IOL</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES यस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशि			
	<u>NIL</u>				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करना:

- 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 मेरे ज्ञानकारी 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 उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी स्वास्थ्य हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस मदद का अंशिक या संपूर्ण हिसाब किसी अन्य प्रोवाइडर/सेक्टर/सोसाइटी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/post-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 fulfilment 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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, क्लिनिक/या दूसरे उद्देश्य से मुझे वित्तियोगों और उपचारों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक विवरण में प्रदान की गई जानकारी का मैं यह भी कहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वे किसी स्वास्थ्य के उद्देश्य से प्रसारित हैं। मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



Dr. AK

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 प्रति की ओर से प्राप्ति/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:

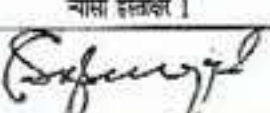
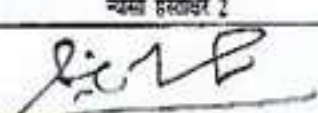
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने का हम तैयार हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता हेतु रोगी या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संपूर्ण वित्तीय प्रकृति की है। ये 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 भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसीलिए हस्पताल में रोगी के हितान सुनिश्चित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या कानूनी दायित्व नहीं पड़ेगा।

REC'D FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंशिक/रोगी की तारीख 29/9/22	Dr. SHUBHA MEHTA DMC No. 64798 (Name of Doctor with Stamp) हस्ताक्षर के साथ छाप	Dr. Rushad Shroff DMC No. 64798 (Name of Doctor with Stamp) हस्ताक्षर के साथ छाप
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्त हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्त हस्ताक्षर 2 
--	---