

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)								
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)								
APPLICATION No.: 811022/208 (536/22)		APPLICATION DATE: 11/10/22								
NAME of APPLICANT: Chandler Kanta		AGE-YEARS: 72								
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jagdayal		SEX: F								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: B-873 Transit Camp Govindpur, N.D.										
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above										
OCCUPATION: h/w		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)								
TOTAL ANNUAL INCOME: 1.20 lacs (Son's Income)		(Attach Proof of Income)								
PAN No. & Aadhar No.:										
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Yes</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>				Yes	No					
Yes	No									
FAMILY DETAILS परिवार विवरण										
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant						
1	Kaushal Kumar	52	M	Son						
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">BPL Card (Attach Card Copy)</td> <td style="width: 25%;">EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</td> <td style="width: 25%;">Ration Card (Attach Copy)</td> <td style="width: 25%;">Any Other Basis/Proof</td> </tr> </table>					BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof		
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sr. No.</td> <td style="width: 50%;">Medical Reports/Prescriptions Attached</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Diag:- RE Cataract</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sx:- RE Phacoemulsification</td> </tr> </table>					Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1	Diag:- RE Cataract	2	Sx:- RE Phacoemulsification
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached									
1	Diag:- RE Cataract									
2	Sx:- RE Phacoemulsification									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sr. No.</td> <td style="width: 50%;">NAME of OTHER SOURCE</td> <td style="width: 50%;">AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED								
1										

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सत्यता साथ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या प्रत्यक्ष हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न हो भविष्य 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, रात, मासिक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

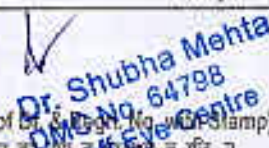
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.

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 मान्यता स्वीकार करते हैं।

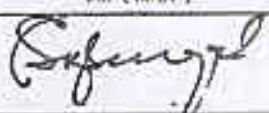
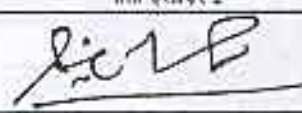
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गत उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
- 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 दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 11/10/22	 (Name of Dr. & Designation, No. and Stamp) डाक्टर का नाम, पद, नंबर व छाप Dr. Shubha Mehta DME No. 64798 Shree Eye Centre	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी Dr. Rohit Harrison Chief Administrative Officer Shree Eye Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--