

DEL-C-21-10-1446

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देने आवश्यक प्रारूप(Healthcare)  
(आवश्यक देखभाल)APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या:

D-01021/0324

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि: 09.10.21NAME OF APPLICANT  
आवेदक का नाम:

KASHMIRI DEVI

AGE-YEARS वय-वर्ष: 60 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/करुणा का नाम:

MANDE RAM SAGAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासने आवासीय पाला:

HOUSE NO - II, GALL NO - I, Near C.B.S.S. SCHOOL

VILL- Agwan pur, Farridabad, HARYANA - 121013

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थान आवासीय पाला:

same as above

Koshika  
foundation

Building block of life



PASTE PHOTO HERE

pre

post

OCCUPATION व्यक्तिगत: Pensioner (Old Age Pension)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 108000 (Fairly) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक व्यय (अधिक से अधिक)

(अध्य. का साध्य सेवान)

PAN No. नियमित खाता संख्या: No

Voc. No.  
वाक्य नं.ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
बया आप आय कर रहे हैं (जो माल्य जो उस वर्ष सही का निशान तयार)

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	GAUTAM	27	M	SON
2	VANSH	1	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाशी आवश्यक:

BPL Card (Attach Card Copy) नीची रेता के नीचे प्राप्त यात्रा (प्राप्ति की तापा प्राप्ति संतुलन करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवृत्ति वाले प्राप्ति (प्राप्ति की छोटी प्राप्ति संतुलन करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्राप्ति की छोटी प्राप्ति संतुलन करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन मूली मूलन	
(1) Diagnosis	(R) Senile contract	
	(L) Senile contract	
(2) Surgery	(R) Phallo + Care	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता विभी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED दी गई सहायता राशि
(1)	DSCS	2000

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण और जानकारी ये अनुदर सार तर्फ सही है। यदि कोई विवरण इस कठबल वाले या अन्य विवरण में भेद या अंतर आवश्यक निश्चय की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जैसा स्थापित गया "कोशिका चाइरियर", ये लोगों वाले हैं, उनका उपयोग उसी उद्देश्य की वृत्ति के लिये किया जायेगा, जैसे इस प्राप्ति में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरणात्मक रूप से उपलब्ध नहीं है, उस लिए जा अधिक या असमिक या असमान हिस्से किसी तरह छोड़नियोग्य/बर्खीमा कामना से न हो लिया है और न ही विवरण में दौड़ा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेंट द्वारा करार)

- 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अपने की प्रतीक लागत, मैं (अप्लिकेंट) अपनी सहमति की पुष्ट करता हूं कि "कोशिका चाइरियर" और उसके न्यायिकों को अधिकृत करता हूं कि मैंना नाम, पता, जांचे और जीवन के विवरण इस प्रति में दर्शाया है, जैसे "कोशिका" एवं न्यायिक, यानि, अधिकृत दूसरे उद्देश्य ये जुड़ी गतिविधियों वाले उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मात्राम् से प्रसरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रति का विवरण मैंने इसका ये बहुत ज्ञान वाले जाते हैं कि ऐसा कोशिका चाइरियर" व न्यायिक अनियुक्त है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस वक्त में बताया हूं कि मैंना नाम, पता, जांचे और विवरण जैसे ज्ञानपत्र के उद्देश्यों से प्राप्ति है यद्यपि इस वक्त सहायता का इकाय नहीं बनता। इस स्थिति में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का विवरण वित्ती और वापरकारी होगा।

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

अधिकृत के दरावत या अपूर्व का निशान

R.T.E.  
KASHMIRI  
DEVI

**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 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, हस्ताक्षरों की ओर से अनलेटिकों ने "कोशिका चाइरियर" व न्यायिक सहायता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उक्त से जब्त्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह वक्त न तो अधिक और न ही अधिक ने विवरण सहायता दिया है। परकारी गतिविधि या किसी अन्य घोट से उक्त योग्यात्मकों में लोगों का से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका चाइरियर" ये विवरण दिया है। यह "कोशिका चाइरियर" द्वारा सहायता दिया गया अधिकृत सहायता है यह नहीं। नहीं किया जाता है जैसे अप्लिकेंट द्वारा दिया गया अधिकृत सहायता से सहायता दिया जाता है। इस पुष्टि में साथ अहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय घटद उक्त योग्यात्मकों से जुड़ा किसी अन्य घोट स्वीकारी दृष्टि या जिसी अन्य सहायता से जुड़ा होना चाहिए।
  2. "कोशिका चाइरियर" से लें गई सहायता देनका विवरण प्रस्तुति जैसी है। ऐसी भाव द्वारा द्वारा दी गई सहायता या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देने पर इसका जैसे अन्य घोट स्वीकारी दृष्टि है और "कोशिका चाइरियर" द्वारा किसी प्रकार का भौतिक उपचार नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी जैसी उपचार सुझा और अन्य जाने की जाए विमेयही जैसी घट उपचार की होती है जैसे "कोशिका" जौं कोई दृष्टि या विमेयही दृष्टि मानती है नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृतों के लिए संस्कृति

Dr. ASHISH SAKSENA

(Senior Consultant Ophthalmology)

DMC No. 67280

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

502, Kedarnath Bhawan, New Delhi - 110002 (Name of Dr. Shroff's Charity Eye Hospital)

उद्देश्य के लिए विवरण देने के लिए, यह

SHANMUKH DAS GUPTA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

on behalf of Hospital

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोधन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम सहायता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम सहायता 2