

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या :

510723/0445

APPLICATION DATE: 22-07-2023  
आवेदन तिथि:

NAME OF APPLICANT:  
आवेदक का नाम

MHC Naseema

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

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

MH Khurshed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय जना

House - 1588, Sector 21B, Rohtak,  
Chhatarpur Kadeem, Chhatarpur Kadeem,  
Samundri, Uttar Pradesh - 243001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय जना

Name as above

OCCUPATION:

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

₹ 6,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साधारण मूल्य)

NA

PAN No. स्ट्रेट लाइन संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):

नहीं आप आव नहीं हो (जो मन्य हो उम पर जही का निशान लगाये)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.

क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

(1)

Khurshed

E1407

65

65

M

M

Husband

son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अन्य अवासीय प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

ठपसीकर्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से आरोगी की गई प्रोतोकोल सूची संलग्न

Diagnosis - RE - senior cataract

IE - senior cataract

Surgery - RE - IOLs with PRIMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लोट गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेंट द्वारा द्वारा प्रति:

- 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 प्राप्ति में दिये गये मेरी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च एवं मर्दी है। यदि कोई विवरण इस कामने अमान्य या जाता है तो मेरी मान्यता निरसा को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउंडेशन", से ही जो आती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विद्या जायेगा, जो इस प्राप्ति में द्वारा दिया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस घोषणा के बाहर यह प्राप्ति को दर्शाता है, उस राशि का अधिकांश या सकल विस्तृत हिस्सी अन्य घोषणाओं की वज्री से न हो सकता है और न ही अधिकांश में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अप्लिकेंट द्वारा करना)

- 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 अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अप्लिकेंट) अपनी सहमति दी पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीों \* को अधिकांश कामता हूँ कि मेरा नाम, जाता, जाती जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया गया है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दाता, वाचनाया दूसरे बहुदेश में जुड़ी गतिविधियों और उच्चतम्भान्ति के लिये किसी भी अमान्य वापर से प्रत्याशित करने के लिये उपयुक्त है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इसका के पहले या बाद ये जाते के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकांश है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, जाता, जाती और विवरण जो कि जाहाजी के बहुदेशों में दर्शाया गया है उसकी स्थिति, सहायता का इकाया भी बदलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीों जो निर्वाचित अधिकारी और वाचनायां होंगा।

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

अप्लिकेंट के हस्ताक्षर या अंगठे का लियान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (इस्पाताल द्वारा करना)

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.

इसका अधिकृत, इसकालीन की ओर से घासकारों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता द्वारा विभागिता की जाती है, जिसे हम (इस्पाताल) निम्न प्रकार से ग्रहण व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो कामता और न हो वाचनाया ने विविध सहायता किसी तरीके से सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त गोपी/ग्राहकों में लोगों या तो इह है, तो ऐसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाशि अवासीकारकता होता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस प्रृष्ठे में दर्शाया जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदान उक्त गोपी/ग्राहकों द्वारा किसी ने सकली संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। योगी पर अस्पताल द्वारा योगी नहीं उपभोग प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई उचित नहीं है। इसलिये अस्पताल में योगी के इसका सुधार और जाने करने को मार्गी विमोचनी योगी एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमोचनी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery अवोरेशन की तारीख <i>22-07-2023</i>	<b>Dr. Ravi Raj Jain</b> MBBS, DOMS (AMU) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) <i>रावी राज जैन का नाम व हस्ताक्षर द गया है</i>	<b>Ranveer Singh Sandhu</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> <i>रानवीर सिंह संदु हास्पिट अधिकारी</i>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनावृत उपलब्ध होता है।

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्यासी हस्ताक्षर 2



राष्ट्रीय आधार  
Government of India

नामः  
राजेन्द्रा  
जन्म तिथि: ०१/०१/१९६७  
लिंग: MALE



9511 8655 3933

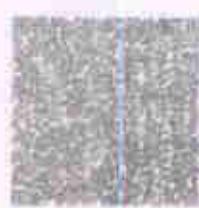
मेरा आधार, मेरी पहचान



राष्ट्रीय आधार नं.: ४५३४५६७८९०१२३४  
Unique Identification Authority of India

पता:  
वडोदरा, गुजरात, ३९०००८, पांडु लिंग डॉ.  
केशव, वडोदरा कोटी, वडोदरा कोटी, अमरावती,  
गुजरात - ३९०००८।

Address:  
W.O.: Khanshead, house - 1588, paper Hill  
road, Wadodara, Ahmedabad,  
Gujarat, India, 380001  
Phone: +91 98247 12345



9511 8655 3933

प्रिवेट  
प्रिवेट  
प्रिवेट