

C-22-08-315

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A 10922 / 0589	APPLICATION DATE : 19-09-2022 आवेदन तिथि
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Bodami Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/करुण का नाम	Ganga Ram koli	SEX लिंग
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय घर		
Village- Bajete, Teh- Malgakhera, dist- Alwar		
Majastham - 301406		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय घर		
As above		



Preop Postop  
0589 Bodami Devi

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 60,000/- (Family) (Attach Proof of Income)  
(आप का साहाय्य संलग्न) NA

PAN No. स्पाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप जर्ये कर दाता हो (जो मात्र हो उस पर सही का विश्वास लगायें) 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	Ganga Ram	75	m	Husband
②	Govind	40	m	Son
③	Loli	38	f	Daughter-in-law
④	Rohit	19	m	Grand Son
⑤	Bhanu	16	m	Grand Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विनाशी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहाय्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करें)	जल्दी आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करें)	

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE - SENILE CATARACT LF - SENILE CATARACT
②	Surgery - RE - SICS WITH PMMA

**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 लो गड़ सहायता राशी
①	Nill	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक प्रा. सहायता 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 हूं कि इस फॉर्म में लिखे गये ममी विवरण में जारी करने की अनुमति सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस कारब्र अवधारणा पापा जाता है तो मेरी सहायता निरसा की जा सकती है।
- 2) मैं हम के सहायता के "कारब्र अवधारणा", में लिखे गए हूं, उसका उपयोग उमी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जावें, जो इस फॉर्म में भाग नहीं है।
- 3) मैं पुरी करता हूं कि यह सहायता द्वारा यह पार्षदों की वाई है, उस दृष्टि का अधिक या सकाल दिनमा किसी अन्य द्वारा नियोजित/चीमा करनी से न लिया है और वही अधिकार में लैगा।

**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 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 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 प्राप्त पर या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के द्वारा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महानी की पुरी करता हूं एक "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्त से प्राप्ति है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दात, याचार्या या दूसरी उद्देश्य से तुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार याचार्या से प्राप्ति बताने के लिए अधिकृत है। यों प्राप्त जाता विवरण से इनकार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से ज़रूरत हूं कि येरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है मुझे नहीं जानता। यह सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का विवरण अंतिम और बाक्सकर्ता होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठ का निश्चय



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करार)

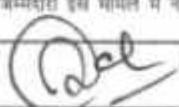
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से याचार्य/दूसरों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हीतु विपरीता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से याचार्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वाईमान और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी गैर सारकारी संस्थान या विद्युती अन्य स्थोल से उक्त दोनों/याचार्यों में से लंगे या लंगे हो जाएं, येरों कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिसारियल/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होना कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याचार्या किसी अन्य गैर सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित संस्था से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल राखता है। इस पुरी में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पटर उक्त दोनों/याचार्यों द्वारा किसी गैर सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से लंगे लेना/लेना;

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लंगे या याचार्या के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इवाव नहीं है। हस्पताल में दोनों के इलाज मुश्किल और उनमें जाने की मारी विपरीती दोनों एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विपरीती इस साधने में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकारी के लिए संमति

**CHARAN MASSEY**

Administrator

Drm. Charan Massey & Stamp of Authorised Signatory  
Shroff's Eye Hospital, Alwar  
on behalf of Hospital

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अंपरेशन की तारीख  
19/9/22

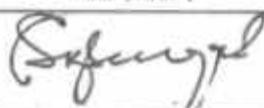
**Dr. WAFI ANSARI**  
**MS (OPHTHAL)**  
**Reg. No. DMOH93189**  
हालत का नाम व हस्पताल व ठिकाना:

आनंदिक उपचार हैतु

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

