

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: F/024/0377 (575/23) APPLICATION DATE: 30/1/24  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Gyan Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष 48 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ram Swamy  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: C-113/6 Madanpuri Khadar New Delhi  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Vill:- Shari Bherang Jhansi U.P.  
स्थाय आवासीय पता



OCCUPATION: Cleaner  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.00 Lac  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) —  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मूल्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (No)  
हां / 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 सम्बंध
1	Kiran	42	M	Wife
2	Shivani	18	F	Daughter
3	Aniket	16	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn:- LE Cataract
	Sux:- LE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

Signature: *[Handwritten Signature]*

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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/revocation.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु का आवेदन नहीं किया है, उस विधि पर अधिकार प्राप्त किसी अन्य प्रोडिगोसिपल/वीएम कंपनी से न तो लिखा है और न ही पत्रिका में सूचना।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

- इस प्रकरण पर आवेदन हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने सम्बन्ध की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रकाश में, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाश में, सार्वजनिक रूप से उद्देश्य से सूचना प्रसारित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का प्रकाश में प्रकाश के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामों अधिकृत हैं।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाश में सूचना प्रकाशित करने का अधिकार नहीं होगा। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

ज्ञानसिंह

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**



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

- 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 it's 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.
- 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 in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मन्त्रालयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से हस्पताल या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या न हो, यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु नन्वरा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रकृत की है। केवल वित्तिय प्रकार की है। रोगी के उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हलायत प्रदान और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल को हार्मो और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या सिफारिश इस प्रकरण में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  30/1/24	 <b>Dr. Shubha Mehta</b> DMC No. 64798 Shroff Eye Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर की नाम से प्रमाणित करें	 <b>Dr. Rohit Harrison</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Chief Administrative Officer Shroff Eye Centre नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	