

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : F/0225/404 (NsmT 82/98) APPLICATION DATE : 18/09/25  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mrs. Vidya Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Late Shri Shankar Lal  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 87/2 Zamrudpur New Delhi  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : As Above  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : h/w MARRIED (द्विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 2.00 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income) -  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो ठर पर सही का निशान लगाएं) Yes (हाँ) / No (नहीं)

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Bharat Singh	40	M	Son

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



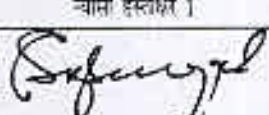
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof 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
	Diag:- LE Cataract
	Sur:- LE Phacotomol

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

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

<b>DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान पोषण पर:</b> 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन अवाध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल ढंग से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।		
<b>AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)</b> 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees in use/publish/print-up/republish 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 is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बा विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उन "कोशिका" इवम्, पत्रिका, दान, पत्रिका/या दूसरे उद्देश्य से कुछ परिधि/या उल्लेख/या के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ज्यूसी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" इवम्, उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
<b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :</b> आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
<b>AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)</b> 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से कार्यालयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अंशिक/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया पर चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और आने करने को सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगे और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकृती के लिए संस्तुति 		
<b>Date of Surgery</b> अंशितान की तारीख 18/07/25	<b>Dr. Apoorva Agrawal</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इसका नं. मुंबई 5918 S. S. S. Centre	<b>Dr. Rohit Harrison</b> Chief Administrative Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
<b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b>		आंतरिक उपयोग हेतु
<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> नामी हस्ताक्षर 1 		<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> नामी हस्ताक्षर 2 