

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: F10325/457 (कॉड)		APPLICATION DATE: 27/3/25 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mrs. Pappu	AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Nakru	60	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता		A-36 J.S. Colony Jasola New Delhi	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति आवासीय पता		As Above	
OCCUPATION: जबरदस्ती		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 2.00 Lacs कूट वर्षांश आव		(Attach Proof of Income) (आव का संक्षय संलग्न)	
PAN No. प्रांत नमूना संख्या —			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): कौन आप जाप कर रहा है (जो पान्च ही तस पर माही का निशान लगाये)			
FAMILY DETAILS घरिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
①	Darshana	55	f
②	Reyat	30	m
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनाटि आवार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रधान वर्ष (प्रधान वर्ष की जाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ष प्रधान वर्ष (प्रधान वर्ष की जाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ज्ञान वर्ष की जाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाटों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतीषेदन सूची संलग्न		
Diagn:- RE Cat-atract			
Suri:- RF Phacostiol			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से हित्या गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी	
NHC			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 पर्याप्त जरूरत है कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण येरी जनकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कथन जात्यय बता जाता है तो मैं उसे गहाया निश्चय करूँगा कि वह सही है।
- 2) मैं इस जैसे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से लोटे जा गों हैं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकाश में भया गया है।
- 3) मैं पुर्ण जरूरत हूँ कि विस महानामा द्वारा यह घोषणा भी गई है, उस घोषणा का गोशिका ये सबसे हितवा किसी गत्य यांत्रिक्यमात्रावाले घोषणा से न हो जाएगा है और न ही भविष्य में होगा।

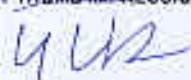
AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा ज्ञात)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/out-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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दस्तावेज पर अपने इस्ताहार या आवेदक की ओर हस्ताक्षर, मैं (आवेदक) घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके आशीर्वाद को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पास, जोड़ों और जो विवरण इस दस्तावेज में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, नाम, जन्मनामा दूसरे उपरोक्त से जुड़ी गोलार्थियों और उपलब्धियों के तिरे किसी भी प्रगति व्यवस्था में प्रतिवित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के पहले या बात में करने के तिरे, "कोशिका फाउंडेशन" ये न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पास, जोड़ों और विवरण जैसे कि स्थायी एवं उपरोक्त से दर्शित हैं, पुर्ण रूप से स्थायी का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का नियंत्रण अधिकारी और वापिकरणी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB-IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा ज्ञात)

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 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.
- 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.

इसां अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगूठे से नियंत्रणीय को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध स्थायी द्वारा दिया गया विवरण को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) नियंत्रणीय से भव्य ल संकेतात् करते हैं।

- 1) यह कि न ये योग्यता और न ही अधिकृत ने विविध स्थायी किसी गैर स्थायी संस्थान का फिल्मों जन्य स्टोर से उक्त गैरी-स्थायी में दर्शने का हो रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मिलार्टिविंगिंग उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भवत होता है। येरी "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्थायी विवरण अधिकृत/स्कॉल होता है जिसे जारी करने के अलावा इन्होंने अन्य गैरी-स्थायी संस्थान से स्थायी लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण से स्पष्ट करता जाता है कि अलावा इन्हीं वरद उक्त गैरी-स्थायी से हो सकती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हो गई स्थायी लेने वाले विविध उक्ति को है। येरी गर इस्ताहार द्वारा ही गई स्थायी या किये गये उपयोग प्रक्रिया का चुनौती गैरी एवं हस्ताक्षर के बीच का नियम है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रक्रिया का कोई बदलाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में येरी के इतना सुरक्षा और अन्य लाने की स्थीर विवेदीय रूपी एवं इस्ताहार के द्वारा अंगूठे "कोशिका" को काई भूमिका या विवेदीय इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृतिDate of Surgery
अंगूठान की तारीख

27/3/25

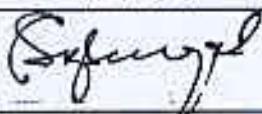
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉ. नोशीर श्रॉफ नाम एवं हस्ताक्षर का रूपी


DR. NOSHIR M SHROFF
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
DIRECTOR
 नृप. व. एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
SHROFF EYE CENTRE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनांदि उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

यासी हस्ताक्षर 2

