

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION NO.: F/0524/0058 (264/23) APPLICATION DATE: 11/5/24
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT: Suman Sharma AGE-YEARS उमेर-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम : 57 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Rajinder Kumar Sharma
पिता/जीवित पति का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
506/6 Govindpuri New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As Above



OCCUPATION: h/w MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 2,00,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आवेदक का साथ संलग्न)

PAN No.: स्थाई खाता संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
ब्यायाम आय कर रहा है (जो यद्यपि हो उस पर सही का निशान लगायें)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Rajinder Kumar	M	61	Husband
②	Monica	F	35	Daughter
③	Ashish	M	28	Son
④	Haresh	M	22	"

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

BPL Card: (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड जाह्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाह्य अर्थात् संलग्न करें)	अन्य अन्य नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाह्य अर्थात् संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (ज्ञापन पत्र को जाह्य अर्थात् संलग्न करें)	

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RF Cataract
	Sixy:- RF Phacotiol

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

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

NIL

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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.
- 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 हूं कि इस प्रकार मे दिये गए सभी विवरण मेरे जनकारी के अनुसार सत्य एवं ही है। यदि कोई विवरण सत्य का उल्लंघन पाया जाता है तो मेरी सहायता निरुत्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जी बाहापाल रहि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा ही है, उचित वयोग उन्होंने उद्देश्य की गुणता के लिये विषया आवधा, जो इस प्रकार मे चढ़ा गया है।
- मैं पूछता करता हूं कि विषय सहायता हेतु यह जरूरत की गई है, उस गति का अधिकारी या सकात हिस्सा किसी अन्य द्वेष/नियोजन/बीमा कार्यों से न तो सिव्य है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथर)

- 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.
- 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 प्रपत या जनने हालात का अंगठी की ओर लगाकर, मेरे (आवेदक) अन्ती महसूल की पूरी विवरण हैं कि अधिकृत जनन है कि मेरा नाम, जन्म, वासी और जीवन के दूसरे उद्देश्य से युद्धों गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विषयी भी प्रत्यरुप गायब हैं। इस प्रपत का विवरण इस प्रपत में दर्शित है, जहाँ "कोशिका" एवं नाम, जन्म, वासी, जन्म, वायव्य इत्यादि उद्देश्य से युद्धों गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" वा नाम हैं।
- मेरे (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जन्म, जीवन और विवरण जो विषय सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति हैं पूर्ण रूप से सहायता का बनकारा नहीं बनता। इस प्रपत में "कोशिका" एवं उसके अधिकारी का विषय अंतिम और बाकीकरारे होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हालात वा अंगठी का विषय

अंगठी अंगठी

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा कथर)

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:

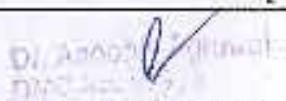
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारे अधिकृत, हास्पातल की ओर से नाम्यतारों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) निज इकाई से नाम्य व न्यूकोका करते हैं।

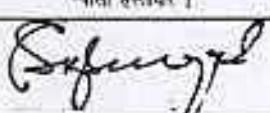
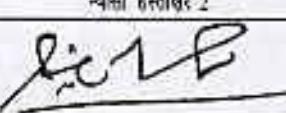
- 1) यह कि न तो नाम्यतार और न दो विषय में विषय सहायता किसी गैर साकारी संस्थान वा किसी अन्य स्थान से उक्त तेजीप्रदाताओं में तोरे या ले गए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में सिफारिश/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होने के लिये विषय सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है पूर्ण रूप से सहायता किसी अन्य गैर साकारी संस्था वा किसी जन्म सन्नद्धन से सहायता लेने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इन दृष्टिकोणों में सहायता का जल्दी विषय सहायता के उद्देश्य से लेने की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" वा भी गई सहायता के बेतत विषय इकूल नहीं है। ऐसी पर हास्पातल द्वारा या जीवन से उपचार/उपचार का दुनिया देने वाली एवं हास्पातल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हास्पातल में योगी के द्वारा सुनाया और जाने याने की जारी विषयसारी योगी एवं हास्पातल की योगी और "कोशिका" की कोई जूतेका या किसी भी इस प्राप्तने में नहीं जाती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगठी की तारीख 11/5/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. रोहित हरिसन	Dr. Rohit Harrison Chief Administrator Shroff Eye Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पातल अधिकृत विषयसारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्पातल 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्पातल 2 
---	---