

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: F/1124/286 (621/24)

आवेदन नंबर:

APPLICATION DATE: 30/11/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mrs. Indesh Sharma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कर्तव्य का नाम

Santosh Sharma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

R2-274/17 Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION:  व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 24.0 Lacs (Son's Income)

(Attach Proof of Income)  
(इयाका साक्ष्य संलग्न) —

PAN No. स्पार्ट नंबर: —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कार-उता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ):

Year No.  
हाँ/नहीं

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
CV	Mr. Indesh Sharma	64	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाई आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवृत्त वर्ग प्रधान पत्र (उपलब्ध पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपलब्ध पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड सम्बन्ध
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वास्तविक/डॉक्टर से जारी की गई औरोवेदन सूची संलग्न	
	<i>Diagn.- RT Cataract</i>	
	<i>Surg.- RE Phacotiol</i>	

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोगे सहायता गरीबी

NIL

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा चीमण पत्र:

- 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 योगदान करता हूं कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसी जनकारी के बनुआ अन्वय एवं सही हैं। यह कोई विवरण जब उपयोग पाया जाता है तो मैंने महाप्रशंसन की जा सकती है।
  - 2) मेरे द्वारा जो महाप्रशंसन यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा गया है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को लौटे के लिए किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में ज्ञान दिया जाएगा।
  - 3) मैं पूछ रखता हूं कि विस साहाय्या हेतु यह अधिकारी को गई है, उस गाँधी जी व्यक्तिका नाम कल दिया जाएगा जिसके द्वारा यह व्यक्तिका नाम दिया जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कर्य)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/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 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.

- 1) इस प्राप्ति जब अन्वय द्वारा आगे ले जायेगा, तो (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्ट करता है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकारी करता है कि यह नाम का, काले और यह विवरण इस प्राप्ति में लिखा है, उसके "कोशिका" एवं नामों, वार्ता, वार्ता, वाचकाणा एवं उद्देश्यों के लिए किसी भी जातव यात्रा में प्रयोगात्मक करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इनकार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस तरह से सहमत हूं कि मेरा नाम, नाम, फोटो और विवरण जो कि सहाय्या के उद्देश्यों में जारी हैं, सहाय्या का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और वायकारी होगा।

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

आवेदक के द्वारा या गाँठ का निशान

*Sudesh*

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

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.

इसमें, अधिकृत, हस्ताक्षरों द्वारा दिया गया "कोशिका फाउंडेशन" के विवरण द्वारा हेतु विकारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न त्रैकारा से नाम व न्यासीयों करते हैं।

1) यह कि न तो अधिकृत और न ही भावित्य में विविध सहाय्या किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त एवं/या/मध्यम में ले ले गए रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" तो विकारिश/विकारी उक्त के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्या विकारी आरोग्यकालीन हेतु नियुक्त न्यासीयों किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और संस्थानों संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहाय्या लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय भरत उस सेवा/पर्याप्ति हेतु किसी नैति साकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेता/लेते।

2) "कोशिका फाउंडेशन" ने जो गई सहाय्या के बारे विविध प्रकार की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा दो गई सहाय्या का किसी गंभीर उपचार/प्रक्रिया का उचित एवं एक अस्पताल की ओर का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में योगी के इलाज सुधार और अनेक जाने की गारी विस्तृतरी एवं एक हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विविधरी इस वापसी में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृतों के लिए संक्षिप्ति

Date of Surgery अधिकृत की तारीख <i>20/11/24</i>	<i>J</i>	<i>Dr. Rohit Mehta</i> Chief (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Shroff Eye Care नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्पताल 1	<i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्पताल 2 <i>Sir B</i>

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्पताल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्पताल 2
<i>Safayal</i>	<i>Sir B</i>