

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	F/1224/292 (450/24)	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	5/12/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Ms Kamlesh	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	50	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्रीम् का नाम:	Pappu	SEX लिंग:	F.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: F-7L, 176 Sangam Vihar New Delhi				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: As Above				
OCCUPATION: प्रवर्जनात्मक	H/u	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	₹ 2.00 Lacs (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़) -		
PAN No. स्थाई ताता संख्या:-				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अय बर दाता हैं (जो माय हो उस पर सही का निश्चय लाएं)		Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> हाँ / 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 सम्बन्ध
(1) Pappu		55	M	Husband
(2) Padham		29	F	Daughter
(3) Roshni		26	F	
(4) Jyoti		21	F	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की जीवन प्रणाली पत्र (प्रणाली पत्र की द्वारा भेजे गये संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्यक्ति आय लग्ज इयान पत्र (इयान पत्र की द्वारा भेजे गये संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इयान पत्र की द्वारा प्रति संतान करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संलग्न	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये चिनारी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
	Diagn:- LE Nucleus Drop			
	Surg:- LE Vitrectomy			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हेतु कई सहायता एशी		
		N/A		

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा दर्शा की जाएगी।

- 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्रकार मेरे दिवाली के बदलाव सभी आवश्यकीय के उन्नतावाले गवर्नर एवं गवर्नर हैं। यह कार्ड विवरण एवं कठन आवश्यक पर्याप्त जाता है तो मेरी सहायता दिया की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जावेगा, जो इस प्रकार मेरी जाती है।
- 3) मैं पूर्णतया हूँ कि विवरण सहायता देतु यह प्रारम्भिक नहीं है, उस दृष्टि का अधिकार या समाज हितों की अन्य चालानीजावक/बीम कम्पनी से न तो किया है और न ही खिलाफ में है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा करार)

- 1) 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 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 प्रकार यह अपार्टमेंट की डायर नगर, में (आवेदक) अपनी सहायता की पुरुष करता हूँ, एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, जाती और जो विवरण इस प्रकार मेरी जावेगा है, उसे "कोशिका" द्वारा आसी, जात, जालनामा द्वारा उद्देश्य से नुटों निविधियों और उपलब्धियों के लिये कियी भी प्रारंभ या व्यापक रूप से उपलब्ध करने के लिए उपयोग की जाता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से महसूस हूँ कि मेरा नाम, पता, जाती और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है युक्त स्वरूप; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय जातिन और बाधकताएँ होती हैं।

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

अवेदक के सहायता द्वारा दिया गया कारण

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

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 this matter.

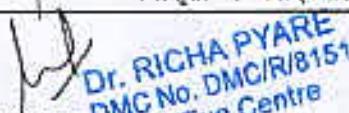
हमारे अधिकृत, हस्पताली को आप से बतानेवाली को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से गान्धी व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बटोर्ह और न ही अधिकार ने विविध सहायता देनेवाले और भरकरी जन्मावाले से उस गोणीयावाले ने लोगों पर भी रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदद देता है। वर्ते "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी अधिकारकर्ता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता जन्मावाले से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्णतया स्वयं कर कर जाता है कि अस्पताल हितीय प्रकार उसके गोणीयावाले हेतु किये गए सहायती साझा या विविध अन्य साथ से नहीं लागता है।

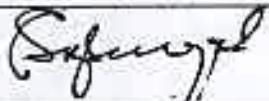
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं सहायता देनेवाले विविध प्रदृढ़िती की है। गोणी पर हमस्ताल द्वारा दी गई समाज व दिवाली का चुनाव गोणी एवं हस्पताल ने बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यापक नहीं है। हमलिये हस्पताल में गोणी के इताव सुन्दर गोणी जाने वाले सही निम्नोद्दीर्घ देखी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" की कार्ड भूमिका या विविध अन्य साथ से नहीं होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery आपोरात की तारीख  5/12/24	 Dr. RICH A PYARE DMC No. DMCR/IR/8151 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Shroff Eye Centre	 Dr. Rohit Harrison (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Chief Administrative Officer on behalf of Hospital) Shroff Eye Centre
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 योसी हस्पताल 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 योसी हस्पताल 2  
---	--