

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: S/OT22/125 (290/22)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/2/2022

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Usha

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Manoj Kumar

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पान आवासीय पता

82-A Ambitpuri Gurgaon New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDR

पता

As Above

OCCUPATION: 14w

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.80 Lacs (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थान खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes/No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| ①                      | Manoj                                             | 52                         | M              | Husband                                         |
| ②                      | Manish                                            | 25                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसमूहका कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Drug 1- RE Cardexant                                                                       |
|                        | Surf- RE Phaco-HOL                                                                         |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE<br>लै गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |

NIL

DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक द्वारा घोषणा 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 Kashika 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 यथायासक्त हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यथायासक्त हूँ कि मैं किसी भी प्रकार के प्रत्युत्पादक से या अन्य किसी भी स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिय में मुक्ति।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর করুন)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कौशिका" एकाग्र न्यायी, राज, याचना/या दर्दरेय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे प्रत्यक्ष के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्मान के दर्दरेय से प्रशंसित है जुड़े स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्मान में "कौशिका" एकाग्र उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सम्पन्नकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्सेनिक को दवाका या अंगूठी का निशान

~~Water~~

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ण)

By affixing her/under, 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.

उपरोक्त अधिकार समझौते की शर्तों से बाधित/प्राप्त होने वाले "वैशेषिक अधिकार" से विनियमित राज्यपाल द्वारा निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो खसियान और न ही पश्चिम में विविध सहायता किसी के सहायी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठा लेनेवालों के लोभ या लोभों से की है, बल्कि एक अपनी "कोशिका काठ-देखान" से निशानिशा-निर्वाह कक्षा के सम्पन्न हैं "कोशिका काठ-देखान" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काठ-देखान" द्वारा सहायता विनिर्गत अतिरिक्तकाल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायी संस्था या किसी अन्य सम्पन्न से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी मदद उठा लेनेवालों हेतु किसी और सहायी संस्था या किसी अन्य सम्पन्न से नहीं लेगा/लेगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्योक्ती के लिए संस्थाति

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख

14/9/22

Dr. Shubha Mehta  
OMC No. 84798  
Shroff Eye Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाथर का नाम व इलाका व रीज. म.

Dr. Vandana Gupta

NAME, DESIGNATION & SIGNATURE

Medical Superintendent (Addressed to the  
on behalf of Hospital)

Shroff Eye Centre

**आवृत्ति**

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी दस्तावेज 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी दयालाल २

*[Signature]*