

T-25-06-5101

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

D/0625/0084

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25-6-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nand Gopal Sharma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

S/O - Mahay Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. B-70 Street No-6 Kirti Mahanagar

Mansarovar Bikaner North East Delhi - 110053

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



PASTE PHOTO HERE

PRE

POST

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

130000/- Family Income

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

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	Kamlesh	58	F	Wife
②	Rakesh	40	M	Son
③	Gadendera	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis + RE - SENILE - Cataract LE - SENILE - Cataract
②	Surgery RE - Phaco + IOL + LA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें: _____
 The statements made in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void. _____
 इस फॉर्म में किये गए कथन मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य हैं। यदि कोई झूठा कथन होगा तो मेरी आवेदन और सहायता, यदि कोई हो, निरर्थक होगी। _____

- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, for any expenses for which this assistance is requested.

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकल्प में वर्णित है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पहले या बाद में करने के लिए "कारणों का विवरण" के अंतर्गत प्रपत्र में प्रस्तुत किया जा सकता है।

- 2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने अपने पिता को "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कण)

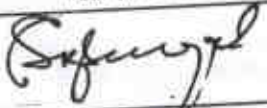
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor intend to be requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted, the shortfall from another NGO or any other source. If the Hospital requests to get from Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from any other NGO or any other source. by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from any other NGO or any other source. The 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. The Hospital on the 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. The Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. Hence, 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- [illegible]

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कपल कितनी प्रकृति की है। रोगी पर हमलातल द्वारा दी गई सहायता को किस प्रकार का माना जायेगा? क्या यह सहायता को बीबी का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हमलातल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलातल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25-6-25		(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. Dr. Jyoti Chavhan Consultant Ophthalmologist Jyoti's Charity Eye Hospital 50/50, 1st Floor, Main Road, Koshika, Nashik-422002		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी 	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 