

MOM- C-25-03 - 1441

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building No. 10, 1st Floor	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	M/0325/1293	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 11/03/25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Jagjivan Singh	AGE-YEARS: वय-वर्ष: 65	SEX: लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/करुण का नाम:	Rameshchandan Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासाधार	House No. 14, Pashini Colony, Kharar, Gokalpuri, Haryana - 125002			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासाधार पता	Name as above			
OCCUPATION: उपचार	farmer	MARRIED (जीवाहित) / UNMARRIED (जीवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	Rs. 10,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य मंत्रन)		
PAN No.: स्टॉट नंबर संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप जाप कर रहे हैं (जो मान्य हो डस 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
<i>Mrs. V.</i>				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाश आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की आप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन संस्कृत संलग्न			
	<i>Diagnosis</i> <i>PCP SENILE</i> <i>Cystoman</i> <i>UE. Atrial</i> <i>Cystoscopy</i>			
<i>Surgery</i> <i>UE STS</i> <i>with</i> <i>PRUNE lens</i> <i>camp</i>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
	<i>DRGs</i>	<i>Rs. 100/-</i>		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये मध्ये विवरण में सम्बन्धित की अनुसार सार्व सत्य मानी जाती है। यदि कोई विवरण ऐसा काम करता जाता है तो मैं उसका विवरण भी कह सकती हूं।
 - 2) मैं इस के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन", ये भी कह सकती हूं, उसका उपयोग उसी उपरान्त को पूर्ण तौर पर विवरण दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में बताया गया है।
 - 3) मैं दूसरी काला हूं कि विवरण में दिया गया प्राप्ति को गलत है, उस खिलौने का अधिक या साथसे विवरण दिया जाना चाहिए तो उसकी विवरण से न तो विवरण हो जाए तो भी उसी परिस्थि में दिया।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करा)

- 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 प्राप्ति पर मैंने इसका या अपने की जांच संकेत, मैं (आवेदक) अपनी मध्यमी की दूसरी काला हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामोंनामी" को अधिकृत करता हूं कि मैं नाम, पता, फोटो और उसे विवरण इस प्राप्ति में दूसरी की अधिकृत है, जबकि "कोशिका" एवं नामी, या, नामनामी दूसरे उपरान्त से उत्तराधिकृत और उपरान्त से उत्तराधिकृत के विवरण भी प्रभाव नहीं प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं। यदि प्राप्ति का विवरण नेर इसका को बदलता या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस काल में ज्ञान देता हूं कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मध्यमी की उपरान्त से दूसरी की अधिकृत है युक्त रूप से दूसरी की अधिकृत है युक्त रूप से दूसरी की अधिकृत है। इस ज्ञान में "कोशिका" एवं उसके नामोंनामी का विवरण अधिकृत और उपरान्ती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इसका या अपने का विवरण



L.Jay/121



AGREEMENT by HOSPITAL: (अस्पताल द्वारा करा)

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.

हमें अधिकृत, इसका या अपने का विवरण की दूसरी की अधिकृत है कि "कोशिका फाउंडेशन" ने विवरण में दूसरी की अधिकृत है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार में भावना व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो जर्मनी और द ई जी जीवन में विडियो जागरूकता विवरण या जाकारी जागरूकता जैसे अन्य रूपों से उनके गोपीनाथों में लेंगे या हो यह है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण जागरूकता उपरान्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मर्द होता है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जागरूकता विवरण अधिकृत/रक्षण हो जाती है तो अस्पताल विवरण जिसी अन्य गैर जाकारी जागरूकता विवरण में जागरूक होने का अधिकृत सुनिश्चित रखत है। हम पूर्ण रूप से स्वाक्षर तक संगीतामर्शदार होते हैं कि अस्पताल द्वितीय प्रकार उनके गोपीनाथों में दूसरी की अधिकृत होती है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ही ही जागरूकता जैसा विवरण प्रकृति भी है। हेंडे पर इन्स्ट्रुमेंट द्वारा ही ही जागरूकता विवरण का चुनाव होते हैं एवं इसका जागरूकता विवरण जैसी अधिकृत है कि इसीलिये अस्पताल ने हेंडे के इन्स्ट्रुमेंट सुरक्षा और आने जाने की सारी विवरणों रोपे एवं इसका भी होती है और "कोशिका" को जोई चूनिका या विवरणों इस विवरण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संनुक्त

Deenak Trivikr
Admin Dept
Dr. Shroff Charitable Eye
Hospital, Sanadava
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)
जन व वर हस्तान अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अधिकृत की तारीख 11/12/25	Dr. Deep S. (Name of Dr. Regd. No. and Date) दूसरा वा तीसरा वा चौथा न.
--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्ताबदी 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्ताबदी 2 <i>[Signature]</i>
---	---