

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखपाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : F/0125/372 (722/24)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 23/1/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mr. Ramesh Chandra

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Kanta Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D-76, JS Colony Khamrui New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

₹ 1-20 Lacs

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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 संबंध
①	Saroj	30	F	Wife
②	Ricky	27	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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
	Diag:- RE Cataract
	Sex:- RE Phaco+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किससे 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 राशी
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: अर्जद्वारा दत्त 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 Kusnika 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 धोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में हिंदे एवं गांधी विचारण में एे जानकारी के अनुसार स्थल एवं स्त्री है। यदि कोई विचारण एे कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी साहायता निराला की आ सनती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहायता सांघ "आशितक कावन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पला गया है।
- 3) मैं पालन करता हूँ कि जिस साहायता हेतु यह प्रारूप को रत है, उस रति का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य घोषा-नियोजकतामा कथनी में न तो स्थित है और न हो पांशण में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थी द्वारा कथित)

- 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/print/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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- १) इस प्रश्न पर जगन बन्धुधर या अन्ते भी हाथ लगाकर, मैं (अन्तेरक) अपनी महमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में साँपा है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायो, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार नाश्वर से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के चर्चों या चर्च में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो अधिकृत है।
- २) मैं (अन्तेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहजता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा दायरे न्यायों का निर्णय आगे और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयुर्वेद के हस्ताक्षर या अंगुलि का निधान

रमेश

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दात काल)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अविभक्त हस्ताक्षरी की ओर से मायसे,रोयो को "कोशिका आउटब्रेक" से विनियम सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं

- 1) यह कि ना अस्पताल और ना ही परिवार में इतिरिक्त सहायता किसी भी सरकार के संकेतन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त योग्य/आपत्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोरिक्टा फाउन्डेशन" या सिफरिडर/निर्माता उक्त के सम्बंध में "कोरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आशिक/सकल हेतु मन्तु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकार की सहाय या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुचित रहना है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त योग्य/आपत्त हेतु किसी भी सहायरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

व्योक्तों के लिए संख्याएँ

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

0% 50% 4% 010%

18. ATHX176-0326902

DMC No. 26913

Shroff Eye Centre

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

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

Dr. Rohit Harrison

Chief Administrative Officer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमसुतल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपप्रांग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायो दत्तम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ह्यामी हयलाधर ३

Exemplar

here