

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. F/0325/441 (126/24)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 17/3/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mr. Kamal Roy

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Kushan Lal

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

264, Kanta Estate, Tigris, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION : Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 1.50 Lacs

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) —
(आय का सक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खात संख्या —

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

Yes/No

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

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	Neelam	60	F	Wife
②	Shanky	36	M	Son
③	Bhanu	28	L	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की 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 सक्ष्य
--	---	---	---

"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
	Sw:- RE Phaco+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/कमन अवश्य सत्य सत्य है तो मेरी माहिरता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता, यदि कोई सहायता प्राप्त की जाएगी, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रारूप भरा था।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए या भविष्य में नहीं, उस सहायता का पूरा या आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (operator, RW 3-012)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 fulfillment 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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बोधित है, उसे "कोशिका" एकात्मिक, राज, पापकथा द्वारा उद्देश्य से चुदी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उत्तर का विवरण में प्रकाशित होने पर वह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" यन्त्रानुसृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हक्क नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका" एकात्मिक त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अलेख के इन्साफ़ य आगे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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 अधिपति, हस्ताक्षरों की ओर से चालते-पैने की 'खोरिका पाठान्तरण' से विशेष स्तब्धता है। सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से पान्थ व सर्वोत्तर करने हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थाओं और न ही परिवर्ष में विविध सहायता किसी भी प्रकार की स्थिति या किसी अन्य स्वरूप से उच्च योग्यताओं में लाने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को गिनाइरुवियन डॉक के साथ-साथ "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देने का है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनिमय अधिकृतकर्तृक हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाते हैं तो अस्पताल किसी अन्य भी प्रकार की सेवा या किसी अन्य उपकरण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उच्च योग्यताओं हेतु किसी भी प्रकार की सेवा या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल ड्रग्स वी गईं तब तक या किसी भी उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे पास में बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई खर्च नहीं है। इसलिए हमारे पास में रोगी के इलाज शुरू और आगे जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हमारे पास में होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई प्राधिकार या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर न रखा है

DR. NOSHIR M. SHROFF
DIRECTOR
SHROFF EYE CENTRE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हत्याभा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर २