

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता लेने आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देशभाल)

APPLICATION NO.: F/0425/0022 (66824)

APPLICATION DATE: 10/4/25

आवेदन संख्या:

Koshika
foundation
Building block of life.

NAME OF APPLICANT: Selim Ahmed

AGE-YEARS: 70

आवेदक का नाम

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramzan Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
309 Brust Ishwari Meerdard Turkman Gate De



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income) —

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थाई खाता संख्या —

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No
क्या आप जाय का दाता है (जो मान्य हो उस पर गड़ी का निशान लगाये)

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) Fozja		36	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियोग आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	अल्प आय लाभ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	डापोक्ता बार्ड (उनान पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn: RE Retinal Detachment
	Surg: RE Vitrectomy

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 AVALIED दी गई सहायता राशि

Signature

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का 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 सहायता करना हूँ जिस प्रकार मैं दिये गये तारीख विवरण में जानकारी के अनुसार मैं इस रूप से बताता हूँ। यदि कोई विवाह एवं कथन अगले यात्रा के समय सहायता निवारण की जा सकती है।
 - 2) मैं द्वारा जो सहायता गरिः "कोशिका फाउंडेशन", से जी जा रही है, उसका उपयोग टीची डरेस की पूर्वी के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार मैं भए गया है।
 - 3) मैं पूर्ण अवधि हूँ जिस सहायता उत्तु वह प्राप्ति को गई है, ताकि यह का अधिक या अक्षय विस्तार करनी से न जो लिखा है और न ही अधिक मैं तैयार।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन करने कर्ता)

- 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर के अंतर्गत की तरफ लगाकर, मैं (अप्लिकेशन) अपनी सहमति की पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत रूप से किसी भी विवाह इस प्रकार मैं प्रदान करता हूँ, जो "कोशिका" एवं नामी, उन यात्राओं द्वारे उत्तराधिकारी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रतार सम्बन्ध से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण से इसका ले पहले यह बदलने के बाद मैं इसके के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने न्यायी अधिकृत है।
 - 2) मैं (अप्लिकेशन) इस बहुत ज्ञान वाले नाम, नामी, और द्वारा दिया गया कि सहायता के उत्तराधिकारी से प्राप्ति है मुझे यह यात्रा का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का नियंत्रण अतिमानी और बहुप्रकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के हस्ताक्षर पर अपूर्ण का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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.

इसके अधिकृत, सहायता की अंतर्गत सम्बन्धीयों जो "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हैं उन्हें विवाहित की जाती है, जिसे अम (हस्ताक्षर) निम्न उक्त से बताता है ताकि करता है।

- 1) यह कि न ही कानूनी और न ही भावित्य में विवाह सहायता किसी गैर सहायता संस्थान का विस्तीर्ण अन्य स्थान से उनमें से होने वाले होते हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित विवाह के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा की है। परं द्वितीय "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवाह आधिकारिक रूप से नहीं किया जाता है जो अन्य सहायता किसी अन्य वैद्य संस्थान से यात्रा करने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट बता जाता है कि अस्पताल ही अपने यात्रा करने की स्थिति से नहीं लगातार होती।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" ने यो गई यात्रायात को नियंत्रित किया है योगी यह हस्ताक्षर द्वारा दी गई यात्रा का उपचारप्रक्रिया वह युक्त रूप से द्वारा दिया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में देखी के इलाज सुनिश्चित और आनंद जाने की स्थिति विवरणीय रूप से द्वारा दिया जाता है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विस्तारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

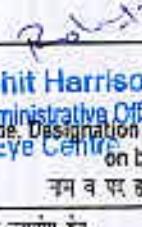
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
जीर्णरक्त की तारीख

10/01/25


Dr. Shanti Astir
DMC No. 34284
Shroff Eye Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हास्पताल की नाम व हस्ताक्षर द्वारा दिया गया


Dr. Rohit Harrison
Chief Administrative Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Shroff Eye Centre
on behalf of Hospital)

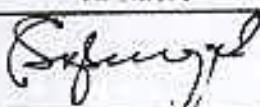
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

