

V.R.N.-C-23-03-1532

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: <u>V/0323/1750</u> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <u>27/03/23</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>Prem Pal Singh</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>59</u>	SEX लिंग <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Chitra Singh</u> पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>House no-B-4/289, Agar Nagar, Prem Nagar-3,</u> <u>Kirti Suleman Nagar, Distt. Northwest Delhi,</u> <u>Delhi, 110086</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: <u>Labour</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>47000/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>		
PAN No. <u>स्वाई खाला संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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.	<u>Rajabala</u>	<u>57</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2.	<u>Sunil</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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			
	<u>RE- Cataract</u>			
	<u>LE- Cataract</u>			
	<u>Surgery - (RE) SICS + PMMA</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	
1.	<u>IDBCS</u>		<u>2000/-</u>	

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 जोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता चिरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो आशयपत्र "बोधिका फाउन्डेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में चला गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हो। यह आशय की गई है, उस-यदि का आशय का समस्त विस्तार किसी अन्य स्टोडियो/संस्था/बोमा सम्मर्पित रहे न तो लिया है और न ही अधिष्ठा में लैगा।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यासीयों" को अभिभूत करता हूँ कि मैं न्याय, भ्रष्टा, फोटे और को विफल इस द्रव्य में धोखे हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दाज, बाबन्ध/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार साध्यम से प्रलम्बित करने के लिए अभिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इतना के पहलू या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिभूत है।

2) मैं (आवश्यक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण भी कि सहायता के अर्द्धों में शामिल है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आसिनों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

प्रेमपाल सिंह

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसारे अधिकृत, इसाक्षरी की ओर से नामले/लेगी को "कोशिका पञ्चमेशन" से निरिप सहायता हेतु सिफारिश थी जाती है, जिसे हम (हमसात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त से उठाव रोगी/मामलों में होने या लेने रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिज/विनिधि उठाव के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिधि आश्रित/सकल हेतु मन्थुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्ठुटि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उठाव रोगी/मामलों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सेहो गई सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। सेहो पर हस्तगत हुए दो गई कलह का विषय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेहो भूय हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इरादतये हस्पताल में सेहो के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों का ध्यान रखा जायेगा। कोशिका फाउन्डेशन सेहो एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भीला का विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

28/03/23

Dr. TANUJ GABA
M.B.B.S., DNB

GMC-76487

INSTRUMENT OF DEED & RETURN, NO. WITH 3-0-10

Time

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

भाग ३३३-सुधमाताल अधिकृत अधिकारी

अन्तरिक ढय्यांग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्युक्ता ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ हस्ताक्षर २