

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : S/0118/865 (7/18) आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 9/1/18 अवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mr Pulkar Singh		AGE-YEARS आयु-वर्ष 49	SEX लिंग M		
FATHER/SPOUSE'S NAME : Sulachana Devi पिता/हस्ता की नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 1st-RZ- Tagore Park New Delhi					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता As Above					
OCCUPATION : Carpenter व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 65,000/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. नहीं प्राप्त है					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खींचें या निशान लगाएं) 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	
01	Sulachana	45	F	Wife	
02	Hanuman Singh	21	M	Son	
03	Ravi Singh	19	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)		☐ CWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) रएकेसी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diag:- (L) Retinal Detachment				
	Sur:- (L) Vitrectomy + RB.				
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 तो गई सहायता राशी			
	N/A				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निराधार एवं कथन आधार प्राप्त होता है तो मेरे आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "बोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में किसी भी प्रकार से, इस रकम का भुगतान या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो प्राप्त है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवश्य स्वीकृति की गृहीत करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषणा है, उसे "बोशिका" एन.सी.एन.ए.ए. द्वारा वित्तियत रूप से मुझे वित्तियत और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे नाम के पते या पते से करने के लिए "बोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति दूँगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वीकृति है कि सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "बोशिका" एन.सी.ए.ए.ए. के निर्णय को स्वीकार करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

P. S. Nigam

Mr. Pankaj Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तियत सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तियत सहायता किसी और सहायता स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति उक्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/अनुमति नहीं मिलती, तो हम सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट होता है कि सहायता वित्तियत सहायता है और सहायता वित्तियत सहायता है।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तियत प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता को स्वीकार करता हूँ कि मेरे रोगी/मरीज का इलाज रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्राप्त और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "बोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

05/06/16

Dr. Shubha Mehta

DMC No. 64795

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp

हस्ताक्षर का नाम व इलाका व रजि. नं.

Dr. D. Singh

Dr. V.P. Thakral

Medical Superintendent

Signature & Stamp of Authorised Signatory

SHROFF EYE CENTRE

A-9, Kailash Colony

New Delhi-110 048

हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोक्त हस्ताक्षर 1

Dr. S. Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोक्त हस्ताक्षर 2

Dr. V.P. Thakral