

DEL- G-23-02-4718

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: E/0324/0183 APPLICATION DATE: 23/03/24
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BABY ARDITA AGE-YEARS: 3 YEARS SEX: FEMALE
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAVINDER (FATHER)
 पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DITAMPUR, INDORE ROAD, INDORAMA, MACHA
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: INDORE
 स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: LABOURER (FATHER)
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,20,000 (FATHER)
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. XXXX XXXX XXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का 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
1	<u>RAVINDER</u>	<u>35</u>	<u>MALE</u>	<u>FATHER</u>
2	<u>ADNAM</u>	<u>20</u>	<u>FEMALE</u>	<u>MOTHER</u>
3	<u>ADHANI</u>	<u>7</u>	<u>FEMALE</u>	<u>SISTER</u>
4	<u>RAKHI</u>		<u>FEMALE</u>	<u>SISTER</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनियत आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे गये विनाही का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पुस्तिका संलग्न
	<u>DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	<u>NA</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा कला)

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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 sum for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ कला करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण प्रदाय करता है तो मेरी आशाएं विफल हो जाने पर भी मैं इसे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से उठाने का सोचूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- मैं यहाँ कला करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत-एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिकमर्सन प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा कला)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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.
- 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 is final and acceptable to me.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के दाग लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को भूषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में दीये गये हैं, इनके "कार्यका" एवं/या नामों, पता, सम्बन्धनाओं द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी सहमति के बिना किसी भी प्रकार का प्रचार या सूचना का प्रसारण नहीं किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे प्राप्त, सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवं/या उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक का हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

श्रीराम

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कला)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this out-patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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 अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से माग/अर्शेक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से अन्य न स्वीकार करते हैं।
 - यदि हम (हस्पताल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करवायेंगे तो हमें कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तिय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रेषित अशिक्षा/सकल हेतु प्रचुर नहीं किया जाता है तो हमारा किराया अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करके सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से उठाने का सोचूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से उठाने का सोचूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery आपरेशन की तारीख</p> <p>23/3/24</p>	<p>Dr. CHHAVI GUF DMCO-110074 (Karnataka Govt Medical College & Hospital, Hubli) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा अर्शेक</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914..



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

31st March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Arpita- E/0324/0183

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Arpita	Address/ Phone:	Pitampur, Indore, Madhya Pradesh	
MR.N		DEL-G-23-02-4718	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-23	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			20000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)