

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **E/0324 / 0186** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **21/3/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **MANINDRA SONI** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **5 YEARS** SEX लिंग : **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्भ का नाम : **NAVEEN SONI (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**61/37, RAJAT PATTI, MANSAROVAR, JALPUR, RAJASTHAN - 302020**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय : **DELIVERY BOY (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **1, 80, 000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सलान)

PAN No. स्पार्ड पत्रा संख्या : Yes / No हां / नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहो का निशान लगावो)

| 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                           | NAVEEN SONI                                    | 41                      | MALE        | FATHER                                       |
| 2                           | GAURII SONI                                    | 37                      |             |  |
|                             |  |                         |             |  |
|                             |  |                         |             |  |
|                             |  |                         |             |  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती अधार

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्लक प्रति सलान करे।) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्लक प्रति सलान करे।) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्लक प्रति सलान करे।) | 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 सलान |
|---------------------|---|
| 1                   | <b>DIAGNOSIS- RETINOBLACIDMA</b>  |
|                     |   |
|                     |   |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? **No**

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा कएल जाएत:

- 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, or for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सच सही विवरण देते जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- मैं यहाँ जो सहायता लेते "कोशिका फाउन्डेशन", से लेते या लेंगे हैं, उसका उपयोग उहाँ उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पाया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष भी नहीं है, इस सहायता का व्ययिक या सकल बिना किसी अन्य प्रोव्हीडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ले लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कएल)**

- 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 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.
- 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 with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमत हो चुकित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस रूप में पंजीकृत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचक/या दान उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और वपलाधियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इसका विवरण में हस्ताक्षर के बदले या कर के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता; सहायता को हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*सकीन खोसी*

(FATHER)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कएल)**

- 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:
- 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.
  - 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु का "कोशिका फाउन्डेशन" में विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- जब कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता कितनी आर्थिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल जिस प्रकार उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/सकल विविध प्रकृति की है, रोगी पर हस्तगत द्वारा ही पाया जाता है किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और आने जाने को नहीं उचित/सहयोगी हेतु एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई दबाव या विमोचनी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/3/24</p> | <p><i>Dr. BHAVI GUPTA</i><br/>DAGGER 150745<br/>Oncology &amp; Oncular Oncology<br/>(Nafed) Regn. No. with Stamp<br/>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एच. न.</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व तद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|---|---|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|   |  |
|---|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Safarpur</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|---|--|



# Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31 March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Manindra Soni- E/0324/0186

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                  |                    |  |             |
|--|----------------|------------------|--------------------|--|-------------|
| Name   |                | Manindra Soni    | Address/<br>Phone: | 61/37, Rajast path, mansarovar, jaipur, Rajasthan-302020 |             |
| MR N   |                | DEL-G-22-11-0747 | Age/Sex            | 5 years  | Male        |
| 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)