

DEL-G-23-11-5822



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **E/0324/0187** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **23/3/24**

NAME of APPLICANT आवेदन का नाम: **KAMLESH** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **3 YEARS** SEX लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम: **DEVENDRA (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता: **KARNI NAGAR, ISHRO, JODHPUR, RAJASTHAN - 342311**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पता:



OCCUPATION: व्यवसाय: **ICE CREAM SHOP (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **84,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन आई नंबर:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे भर सही का चिह्न 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 आवेदन के साथ सम्बंध
1	DEVENDRA	25	MALE	FATHER
2	SHOBHA	24	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Copy) परिवार में BPL कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग वर्गीकरण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे क्या विवरण का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकल्प सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या: **1** DIAGNOSIS - **RETINO BLASTOMA**

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है? **NO**

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 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 फॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवश्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि भी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु पहले कहीं से भी राशि नहीं ली है, इस राशि का भौतिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, धरना/कर्म दूरसे दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विचार से इलाक के पड़ोस या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वयं से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिशित रक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलित आशिक/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य द्वितीय मदद इका रोगी/रोगियों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि सहायता के लिये प्रकृत की है, रोगी पर हस्तगत द्वारा ही प्राप्त करना या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भौतिक या वित्तीय इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 23/3/24	Dr. SHRA DMCCIA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Handwritten signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Handwritten signature)</i>
--	--

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31st March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kamlesh- E/0324/0187



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries

Name		Kamlesh	Address/ Phone:	Jodhpur, Rajasthan	
MR N.		DEL-G-23-11-5822	Age/Sex	3 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