

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहायता हेतु प्रारूप)

Koshika
Foundation

Spreading Blessings of the

APPLICATION No. / संकेत संख्या: **E/0823/0030** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **1/8/23**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **MAHMI MIKU** AGE-YEARS / आयु वर्ष: **3 YEARS** SEX / लिंग: **MALE**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता
**WARD NO 29 LALU KUMAR MANDIR
BILHAR SIKRU**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता



OCCUPATION / व्यवसाय: **MINICATE (FATHER)** MARRIED (पतिव्रत) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **2,40,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (उपरोक्त में से एक को चिह्नित करें): **Yes / No**

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध
1	RAVI	32	MALE	FATHER
2	SUSHMA	25	FEMALE	MOTHER
3	TRISHA	5	FEMALE	SISTER
4	DEEPAK	29	MALE	UNCLE
5	SUBHINVA	28	FEMALE	AUNT

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आधार के तहत निवेदन करना

<input type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के तहत आवेदन कर (आधार पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और जी.डी.पी.सी. (आधार पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आधार पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निवेदन करने का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य-दस्तावेजों में चर्च की गई अवस्था सूचीबद्ध करना

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य-दस्तावेजों में चर्च की गई अवस्था सूचीबद्ध करना
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
(क्या उद्देश्य के लिए मदद अन्य सहायता विभागों या स्रोतों से मिल चुकी है?) **No**

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति द्वारा)।

- 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 voidable for suspension/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 amount for which this assistance is requested.
- मेरी यकीनपूर्वक घोषणा है कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया होगा तो मेरी प्रार्थना सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यकीनपूर्वक घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रकार की सहायता प्राप्त नहीं की है।
- मैं यकीनपूर्वक घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रकार की सहायता प्राप्त नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति द्वारा):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & endorse Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/advertise, on 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 fulfilment of the 'purpose' or while assistance is being requested.
- I (Applicant) further agree that any such use of the 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.
- इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति) यहाँ पर 'उद्देश्य' के अर्थ में 'सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि का प्रयोग इस प्रकार से कर सकते हैं, जहाँ 'उद्देश्य' एक चर्चा, एक प्रस्तुति, एक कार्यक्रम या कुछ पत्रिकाओं और उपकरणों में प्रयोग किया जा सकता है।
- मैं (अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति) और 'उद्देश्य' के अर्थ में 'सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि का प्रयोग इस प्रकार से कर सकते हैं, जहाँ 'उद्देश्य' एक चर्चा, एक प्रस्तुति, एक कार्यक्रम या कुछ पत्रिकाओं और उपकरणों में प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति द्वारा

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा):

By affixing hospital's signature or an Authorized 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 adopted/undertaken 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 उल्लेखित हस्ताक्षरों को जो 'अधिकृत हस्ताक्षर' से प्रमाणित किया जा रहा है, मैंने इस (हस्ताक्षर) के माध्यम से स्वीकार किया है कि:

- जहाँ मैंने अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रकार की सहायता प्राप्त नहीं की है, और मैंने 'उद्देश्य' के अर्थ में 'सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति' को अधिकृत किया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि का प्रयोग इस प्रकार से कर सकते हैं, जहाँ 'उद्देश्य' एक चर्चा, एक प्रस्तुति, एक कार्यक्रम या कुछ पत्रिकाओं और उपकरणों में प्रयोग किया जा सकता है।
- 'उद्देश्य' के अर्थ में 'सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि का प्रयोग इस प्रकार से कर सकते हैं, जहाँ 'उद्देश्य' एक चर्चा, एक प्रस्तुति, एक कार्यक्रम या कुछ पत्रिकाओं और उपकरणों में प्रयोग किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति द्वारा 4/9/23	 DR. CHHAVI GUPTA DMCC/R/100745 (National & Int'l. Board Certified Orthodontist) इन्टरनेशनल बोर्ड ऑफ ऑर्थोडॉन्टिक्स में सर्टिफिकेट	 Dr. SIMA Head of Dentistry Orthodontics and Craniofacial Surgery Head of Dental (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) इस वरत इन्टरनेशनल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थिक सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्ति द्वारा):

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ हस्ताक्षर : 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ हस्ताक्षर :
--	--



भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA



रवि कुमार
Ravi Kumar
जन्म तिथि / DOB : 10/01/1991
पुल्ल / MALE



9644 6413 8055

मेरा आधार, मेरी पहचान

father of .Mita



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
UNIQUE IDENTIFICATION AUTHORITY OF INDIA

Address

S/O Surabhushan Singh
Ward - 10 - 29 Laku Pokhar
Munger Munger Munger
Bihar - 811201

पता:

आमनर: सुरभुषण सिंह, लखु पोखर,
वार्ड नं - 29, मुंगेर, मुंगेर,
बिहार - 811201

9644 6413 8055



1800 300 1987



www.uidai.gov.in



www.uidai.gov.in

P.O. Box No. 1947,
Bangalore-560 001



31st August, 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Miku - E/0823/0030

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

Name		Miku	Address/ Phone:	Ward no.28,Laliu pokhar,Munger, Bihar- 811201	
MR N		DEL-G-23-06-4468	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	04-08-2023	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			20000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
 Head of Ocular Oncology
 Oculoplasty and Ocular Oncology
 Dept. No. 2023
 5027, Kedar Nath Road, Daryaganj, New Delhi-110002
 Phone: 011-4352 4444, 4352 8888, Fax: 011-43528818
 E-mail: sceh@sceh.net, Website: www.sceh.net

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

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

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528818

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

OTHER CENTRES

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