

DEL-4-23-01-3082

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 स्वास्थ्य हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य हेतु)



APPLICATION No. / आवेदन क्र. **E/1023/0004**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि **23/10/2023**

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम **MAST SHIVANSHU**

AGE-YEARS / आयु वर्ष **1 YEAR**

SEX / लिंग **MALE**

FATHER'S / MOTHER'S NAME / पिता/माता का नाम **SUSHIL RANAR (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता

**4/25 JILKA NARAYAN PURWAGHAR, JALANDEH  
 WAPDA PROJECT- 453226**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - यदि अलग हो तो

OCCUPATION / व्यवसाय **LAB-JEER (DANWAR)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय **92,000 (FATHER)**

Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें **NA**

PAN No. / PAN संख्या

AND IS HE/ SHE INCOME TAX ASSESSEE (If Yes, write down Income Tax No. / यदि हाँ तो आयकर दाता है / यदि नहीं तो हाँ/नहीं का उल्लेख करें।

Yes / No / हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS / परिवार विवरण**

S. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करने वाले से संबंध
1	SUSHIL RANAR	32	MALE	FATHER
2	PRITI	28	FEMALE	MOTHER
3	DEEPA	20	FEMALE	GRAND-Daughter
4	MIDHANI	15	FEMALE	GRAND-Daughter
5	SUNIL	3	MALE	SUNTER
6	MUSKAN	3	FEMALE	SISTER
7	SHUBH	3	MALE	BROTHER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के निम्न विकल्प चिह्नित करें**

<p><input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीएल सीडी का प्रमाण प्रस्तुत करें (अथवा कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p><input type="checkbox"/> EWS Card (Attach Certificate Copy) / एनएस सीडी का प्रमाण प्रस्तुत करें (अथवा प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (अथवा कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार</p>
---	--	--	--

**PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: / आवेदन हेतु निम्न में कौन सा उद्देश्य:**

S. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य संबंधित डॉक्टरों की जारी की गई प्रतिलिपि संलग्न करें
1	<b>DIAGNOSIS - RHEUMATOID ARTHRITIS              TREATMENT - INTRA-ARTERIAL CHEMOTHERAPY</b>

**ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / "उद्देश्य" के लिए "समान" अन्य स्रोतों से प्राप्त किया गया धन की राशि**

**NA**

S. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / प्रदान की गई राशि
	<b>NA</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्हक इस प्रकार यह:

- I hereby confirm that all details of this Form are, True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application null and void 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 and 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 or for which this assistance is requested.
- मेरे घोषणा करना है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अद्यतन रूप में सही है। यदि कोई विवरण सही प्रश्न अलग पत्राचार है तो भेजें सहायता हेतु।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से पैसे का यह है, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्राचार है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में कहीं भी, इस पत्रिका या अधिक या बहुत हिस्सा किसी अन्य संगठनों/कार्यवाही/व्यक्ति से नहीं लिया है और नहीं भविष्य में,

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करा)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/disseminate 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 treatment 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 will be final and acceptable to me.
- इस पत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्हक) अपना अर्हक को सूचित करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका फाउंडेशन" एवम् चर्चा या, वास्तविक रूप में प्रत्येक दूरदर्शन से दूरदर्शकों को उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में उत्तर को पत्राचार में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व सार्वजनिक अधिकृत है।
- मैं (अर्हक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण के बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्यों में प्रयोग नहीं किया जा सकता है। अर्हक को उत्तर का उत्तर का उत्तर इस संबंध में "कॉशिका" एवम् चर्चा-वार्ता या किसी अन्य और आवश्यक है।

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

अर्हक या अर्हक के अंगूठे का छाप  
 (FATHER)

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

- By affixing her/his signature of our Authorized Signatory for recommending this cooperation for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- That we neither are presently nor in the future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cause, as we are receiving help 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.
  - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure administered 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 अर्हक, हस्पताल को यह भी घोषणा करती है "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से सहायता को अधिकृत करती है।
  - यदि हमें कोई वित्तीय सहायता नहीं मिलती है तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने में तैयार रहेंगे हैं, जैसे कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है।
  - हमारा अर्हक, हस्पताल को यह भी घोषणा करती है "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता के अभाव में हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने में तैयार रहेंगे हैं।
  - "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। हमें या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के अभाव में उपचार/प्रक्रिया या उपचार को हस्पताल के द्वारा या विवरण में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्धारित किया जा सकता है। इससे हस्पताल में रोगी के स्वस्थ सुख और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हस्पताल को हस्तांतरित की गईं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्हक की तारीख 26/10/2023	 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--



भारत सरकार

Government of India



Issue Date: 23/10/2022



शिवानु राजक

Shivanshu Rajak

जन्म तिथि/DOB: 02/03/2022

पुरुष/ MALE

[एलु आरपीएन नं. लगेतले नया नयाक ले केस ३३]

4258 8765 5444

VID : 9112 0279 1443 2119

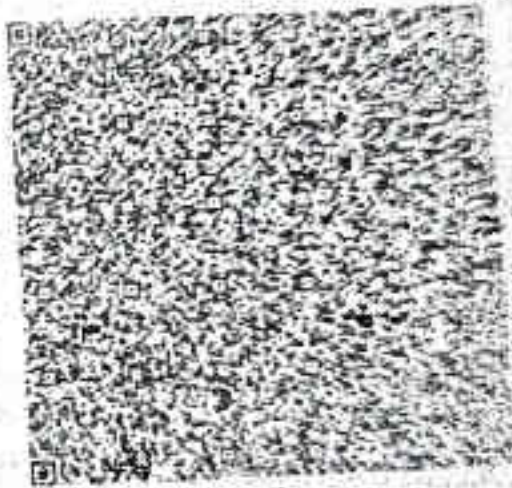


भारतीय अभिलिखित सहायता प्राधिकरण  
 Indian Identification Authority of India



पु. प्र.  
 सुशील कुमार राजक हाउस नंबर-216, मडई,  
 राबा, फाहारावा, जबलपुर,  
 मध्य प्रदेश - 483225

Address:  
 C/O: Susali Kumar Rajak, house number-216,  
 Raaba, Fahaaruwa, Jabalpur,  
 Madhya Pradesh - 483225



4258 8765 5444  
 VID : 9112 0279 1443 2139



भारतीय अभिलिखित सहायता प्राधिकरण



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1914..



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

31st October 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Shivanshu- B/1023/3044

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

Name:		Shivanshu	Address:	H.NO. 216, Market Pharwa, Jhajar, Madhya Pradesh- 483225	
MR.N		DH-G-23-01-30E2	Phone:		
			Age/Sex	YFAR	MALE
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
	06/10/2023	intravitreal Chemotherapy	90000	1	90000
		<b>Total</b>			<b>90000</b>

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: 011-43528818

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

**OTHER CENTRES**

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