

DEL-4-24-12-2221

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/0525/0051

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

16/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

SHIVANGI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

04 YEARS

FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

JITTU (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

162, DRADHAN DADIYA CHIH MIRZAPUR,
U.P. - 231312

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. न्याय वेदा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नित करें)

Yes (No)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	JITTU	34	MALE	FATHER
2.	RADHIKA DEVI	29	FEMALE	MOTHER
3.	SIDHARTH	03	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मुद्रिकी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमंजरा कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA.
2.	TREATMENT - CHIA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा भरणे के लिए)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance void 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.
- 4) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे कारण मेरा प्रारूप खाली हो कर खारिज हो सकता है।
- 5) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे प्रारूप में दिये गये उद्देश्य, के लिए ही करना है।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी प्रकार की मदद ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा भरणे के लिए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 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.
- 3) इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने के लिए मैं सक्षम हूँ। मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका" नाम, पता, फोटो, जानकारी एवं उद्देश्य के लिए मेरी जानकारी का उपयोग करके दानों को एकत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकता है।
- 4) मैं (अर्शक) और अधिकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी मदद के लिए मेरी जानकारी का उपयोग कर सकता है।
- 5) मैं (अर्शक) और अधिकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी मदद के लिए मेरी जानकारी का उपयोग कर सकता है।
- 6) मैं (अर्शक) और अधिकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी मदद के लिए मेरी जानकारी का उपयोग कर सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

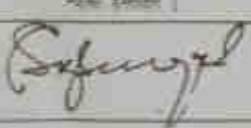
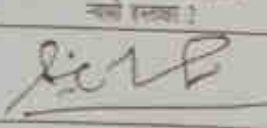
जीत

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा भरणे के लिए)

- By affixing her/his/their signature of our Authorized Signatory for recommending this contribution 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 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.
 - 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
 - 3) हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हम इसे अन्य स्रोतों से पूरक कर सकते हैं।
 - 4) हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हम इसे अन्य स्रोतों से पूरक कर सकते हैं।
 - 5) हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हम इसे अन्य स्रोतों से पूरक कर सकते हैं।
 - 6) हम यहाँ पर घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हम इसे अन्य स्रोतों से पूरक कर सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/5/23	Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Hospital Stamp) Oculoplastic Surgeon Page No. 101125	Dr. SIMA SAG (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Oculoplastic Surgeon Director of Koshika Foundation Page No. 10294 Dr. Sima's Charity Eye
SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक द्वारा भरणे के लिए	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक द्वारा भरणे के लिए	
		



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi & New Delhi Foundation

22nd May 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Shivangi. E/0525/0051

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Shivangi	Address/ Phone:	102, Prasthan Dharma Club, Mayapuri, 221312	
MRN		DEL-G-24-12-2221	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	22/05/2023	Examination under anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

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: scch@scch.net, Website: www.scch.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KANDLA BAGH (DELHI)