

DEL- G-22-04-1282

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0525/0053

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19/5/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: SUPRIYA

AGE-YEARS / आयु वर्ष: 5 YEARS
SEX / लिंग: FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: ARVIND SAH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

VILLAGE - PAKHODIA PO - KUTANI PS - PANOLI, MISHRAMPUR, DALAUN, JHARKHAND-822132

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता



OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकर कादा हैं (उपरोक्त में से एक या अधिक का चिह्न लगाएं)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी से संबंध
1.	MATITA	27	FEMALE	MOTHER
2.	ARVIND	25	MALE	FATHER
3.	PRIVA	06	FEMALE	SISTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधारों में से एक या अधिक चुनें

EPL Card (Attach Card Copy) / आवेदन करी के साथ प्रमाण पत्र (आयकर या बीएसएल के साथ प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयकर या बीएसएल के साथ प्रमाण पत्र (आयकर या बीएसएल के साथ प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) / आवेदन करी के साथ प्रमाण पत्र (आयकर या बीएसएल के साथ प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
--	---	--	---------------------------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / कारणों से एक या अधिक चुनें

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा रिपोर्टें/प्रातिबंधन प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - CUA

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME PURPOSE FROM OTHER SOURCES / एक ही उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों से प्राप्त की जाने वाली सहायता

AS

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / दी जाने वाली सहायता की राशि
	NA	

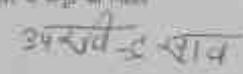
DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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, if any, 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी मांगी गई सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में, इस राशि का कोई भी अंश या पूर्ण रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से नहीं लिया है और नहीं लीया जा सकता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण से पूर्व ऑनलाइन और ऑनलाइन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निष्पत्ति में इसका उपयोग मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है, प्रसारण के बाद या प्रसारण के बाद, इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत होगा।

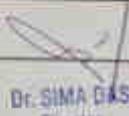
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


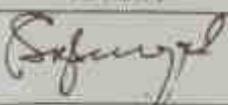
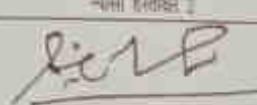
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमें यहाँ घोषणा, हस्ताक्षरों को जोड़ने से सकारात्मक रूप से "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोग के लिये नहीं मांगी है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त हो सकेगा कि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त है कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता वित्तीय स्वरूप में प्रदान की जाएगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जाएगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जाएगा वह केवल वित्तीय है। रोगी या रोगी/रोग के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज चुनना और अपने अपने को सारी जिम्मेदारियाँ लेने एवं हॉस्पिटल को होने और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>21/5/25</p>	<p> Dr. CHOHAN GUPTA Senior Consultant, (Name of Dr & Sign. No. with Stamp) Senior Consultant, Eye Hospital</p>	<p> Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Director, Meenakshi Eye Hospital मेनकाक्षी आंखों के हॉस्पिटल</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के अंदर के उपयोग के लिए)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
---	--



Caring for the community since 1914...



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

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Supriya- E/0525/0053

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Supriya	Address/ Phone:	Village-Pakhama; Post office-Kutmu, PS- Pandu, Bistrampur, Jharkhand-822132	
MR N		DEL-G-22-04- 1282	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	21/05/2025	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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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