

DEL-P-24- 03-2263

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: E/0524/ 0055  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 27/5/24  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MAST PRIYANSHU  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 6 YEARS  
SEX: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHRI KRISHAN PAL (FATHER)  
पिता/कटुम्प का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VILLAGE GHROLI, KHATTI-UPABRA, KASGANJ, UTTAR PRADESH- 207242

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

OCCUPATION: LABOURER- BRICK LAYING (FATHER)  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

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

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	SHRI KRISHAN	32	MALE	FATHER
2	LALITA DEVI	30	FEMALE	MOTHER
3	PRIVANSHI	4	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy)  
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)  
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy)  
उपभोगिता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	MAGNOLIA - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किलो अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NA

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि को कौशिक या कौशिका फाउन्डेशन/किसी अन्य प्राण/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**


1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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" for which assistance is being requested.

2) (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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में माँगा है, उसे "कोशिका" एवम् त्यागी, एवं, पाठकों/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के फलते या बाध में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्यागी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से माँगा है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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 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 the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट प्रकार के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आर्थिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रसंग में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो भी सलाह या किये एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतना ही हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और आने जाने की बातों जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Dr. SIMA DAS**  
Head of Department  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Regd. No. 00201  
Shri Sri Sankar Eye Hospital  
5/7, Kedar Nath Road,  
Daryaganj, New Delhi-110002

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
30/5/24

**Dr. RAHVI GUPTA**  
MBC/R/100745  
(Name, Reg. No. & Reg. No. with Speciality)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामो हस्ताक्षर 1  


SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामो हस्ताक्षर 2  




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

Caring for the community since 1914...



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

31st May, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Priyanshu-E/0524/0055

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Priyanshu	Address/ Phone:	Village Chiroli Kasganj Uttar Pradesh	
MR N		DEL-P-24-03-2263	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024.05.30	Chemotherapy	2500	1	2500
2	2024.05.03	Genetic Test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>22500</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 : 011-43528816  
E-mail : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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