

DEL-4-25-01-0377

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/0525/0056

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/5/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MAST DIWANSU

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

03 MALE

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

NEERAJ KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KESHU POST, HILHALL, PO. MANJHAWAN, DIST. UNNAO, U.P. - 209821

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

ELECTRIC SHOP EMPLOYEE (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

1.80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. प्याई नं. 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 लगाएँ)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	NEERAJ KUMAR	37	MALE	FATHER
2.	POORNIMA	27	FEMALE	MOTHER
3.	AKSHAR	07	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मंजूर किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरद सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - ENU

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त भया हो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ. गई सहायता राशि

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 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता पूर्वक "बोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने, सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस मदद का औसिक या सफल विस्थापित अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/print/photocopy/produce 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.
- 1) इस प्रकार जब अपने हस्ताक्षर या दाहिने की डाया अंगुली के (अंगुली) अपनी भूमिका को पूर्ण करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, एवं "बोशिका" एम्प्लॉयी, दाता, वाचनालय द्वारा उद्घरण से पूरी प्रतिस्पर्धी और अवलोकनीय के लिये किसी भी प्रकार उपयोग में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण जो इसका वह पता या पद में करने के लिए "बोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्ण नका: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिका" एम्प्लॉयी, दाताओं/वाचनालयों/वाचनालयों और कर्मचारियों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएं की अंगुली का निशान

Heeraj Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 this matter.
- इसमें अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से हमारे-हमारे को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निवेदन 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 वित्तिय सहायता किसी भी एक रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन/प्रार्थना उक्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य स्रोत नहीं किया जाता है तो हमसे उक्त निवेदन के आधार पर उक्त रोगी के लिये अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रसंग में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेषकर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य सहायता से नहीं लेने/लेती।
 - 2) "बोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद/सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर इस बात की पूर्ण सहायता कि वे अपने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसे/हमसे कर लेंगे।
- जो बोध का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रस्ता नहीं है। इसलिए हमसे/हमसे न-रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने अपने को करने निवेदन/प्रार्थना रोगी एवं हमसे/हमसे की जाती और "बोशिका" को कोई भुवि/भुवि का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

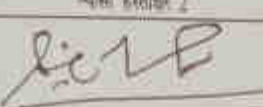
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए भेजना

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/5/25	 Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 2022-23 Regn. No. 100745 Eye Specialist Dr. Shanti's Chhatra Eye Hospital	 Dr. SANY DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Oculoplasty & Cornea Department Director, Medical & Surgical Department Dr. Shanti's Chhatra Eye Hospital 2022-23 Regn. No. 100745
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु Chhatra's Chhatra Eye Hospital

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

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Divyansh Divyansh- E/0525/0056

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Divyansh Divyansh	Address/ Phone:	Keshi post Hilauli, Post office Maurawan, District Unnao, Uttar pradesh-209821	
MR N		DEL-G-25-01- 0377	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	08/05/2025	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)