

DEL-4-24-02-1680

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

Building block of life

APPLICATION No.: E/0524/0056

APPLICATION DATE: 15/5/24

NAME of APPLICANT: BABY MEENAKSHI

AGE-YEARS: 2 YEARS SEX: FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME: SHER SINGH (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BHAUDA KA PURA, HINDAUN KAROLI, RATAPUR - 32230

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

OCCUPATION: FARMER (FATHER)

MARRIED / UNMARRIED: UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

PAN No.:

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

Yes / No

FAMILY DETAILS

Table with 5 columns: Sr. No., Name of Family Member, Age (Years), Gender, Relation with Applicant. Rows include Sher Singh (Father), Himlesh (Mother), Bhano Pramp Singh (Brother), and Prince (Brother).

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

Table with 4 columns: BPL Card, EWS Certificate, Ration Card, Any Other Basis/Proof. 'Any Other Basis/Proof' is checked.

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Table with 2 columns: Sr. No., Medical Reports/Prescriptions Attached. Row 1: DIAGNOSIS - RETINOC BLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Table with 3 columns: Sr. No., NAME of OTHER SOURCE, AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED. Row 1: 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह राशि/रकम मेरी या मेरी कंपनी/कर्मचारी/अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से नही ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

**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 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को दबाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम. एन. डी. द्वारा, कचन/पत्र/रूप से दुर्दिग्धता से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, उसी स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम. एन. डी. द्वारा घोषित गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*शोभित*

**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 the matter.
- उपरोक्त अधिकांश, इलाजों को और से प्राप्त/प्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दोष/घात या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 सिफारिश के लिए संस्तुति

**Dr. SIMA DAS**  
 Head of Department  
 Oculoplasty and Ocular Oncology  
 Regd. No. 11291  
 Dr. Sima Das, Eye Hospital  
 5027, Keshavnagar  
 Rajyagiri, New Delhi - 110022

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

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 17/5/24

**Dr. CHHAVI B. J. JOSHI**  
 Fellow-Oculoplasty & Ocular Oncology  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रेजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 ट्रस्टी हस्ताक्षर 1  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 ट्रस्टी हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*



31st May, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Meenakshi-E/0524/0056

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Meenakshi	Address/ Phone:	Bhauda ka pura, Hindaun Karauli Rajasthan-32230	
MR N		DEL-C-24-02-1680	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.05.30	Chemotherapy	2500	1	2500
2	2024.05.07	Genetic Test	20000	1	20000
3	2024.05.02	MR	6500	1	6500
		<b>Total</b>			<b>29000</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 : [sceh@sceh.net](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

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