APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखमाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :

0057

APPLICATION DATE : आवंदन तिथी

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाप

MAST SAGAR GUPTA

AGE-YEARS अप्य-वर्ष

SEX REI

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटम्प का नाम

DHARMENDRA PRESENT RESIDENCE ADDRESS

POSARA

वर्तमान आवासीय एता PATAHI KHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आवामीय पता





OCCUPATION: व्यवसाय

PENSIONER

(GRANDPARENTS)

MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

GRAND PARENTS)

(Attach Proof of Income)

(आय का सास्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No हां / नही

FAMILY DETAILS TRAIT 1997							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध			
27.352	RAJKOMARI	3.9	FEMALE	MODER			
2	VANDANA	12	FEMALE	SISTER			
2	ANDANA	7-	FEMALE	SISTER			
- ii	ROSANI	0	PEMALE	SICTER			
- 4	JAYRUNUM	59	MALE	GRANDFAIRER			
	OUTRISH SET						

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 को छापा प्रति संलग्न करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।

DIAGNUOSUS

Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलान करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई माध्य

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

Sr. No. क्रम संख्य

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न

RETUNIO BLASTUMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतृ कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया तो?

NO

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. NAME of OTHER SOURCE ली गई सनापता गरी क्रम संख्या अन्य स्थात का नाम

DECLARATION by APPLICANT: SHOULD UND WHEN THE

- DECLARATION by APPLICANT: STREET SITE WITH THE 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
- में घोषणा करता है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाम जाता है तो मेरी सहामता निरस्त की जा सकता है।
- मेरे द्वारा जो स्लायता ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", से शी का स्त्री है, उसका उपयोग उस्से उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकृष में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की मई है, जस सांश का आरंशक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेदक 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा जम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के तिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले चा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बगाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आयेदक के हस्ताक्षर मा अंगरे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFISH STO WOR)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्ष्री की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की बती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तभान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत सं उका रोगी/मामले में लेंगे या ले तो है, जैसे कि इसने "क्रोंगिका फाउन्होंना" में सिफारिशाचित्रति उचत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनात ऑशिकासकट हेतु सन्तर नहीं किया जाता है तो अस्पतान किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में मन्द कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी गांच्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- "कॉशिका फास-टेशन" से सी गई महायता केंबल चितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इचाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वार्ग को सारी विध्येदारी रोगी एवं हम्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए सं		
Date of Surgery ऑपरेशन की सारिव 36 S 2 Y	(Name of Dr. & RegA MC (Min) Statis) Oncology	(Name Designation & Stamp of Authorised Signatory	
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	DATION आन्तरिक उपयोग हेव	
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2	
(Sufungel	lite_	





31st May, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sagar gupta-E/0524/0057

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries

Name		Sagar gupta	Address/ Phone:	Jungle jagdishpur, Padrauna, District- Kushinagar, Uttar Pradesh-274304	
MRN		DEL-G-23-04-5147	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox Cast
9	2024 05:30	EUA	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