

DEL-C-23-10-2889

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Smiles of Life
APPLICATION No
आवेदन संख्या

E/0525/0063

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

5/5/25

NAME of APPLICANT
आवेदन करने वाले का नाम

MAYANK

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

01 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

RAVI SHANKAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE BAGU BIGHA, POST-TAJAL, TAJAL, NALANDA
BIHAR - 801301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION
व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

1,44,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आप के आय प्रमाण)

PAN No. नयाई खाना पत्रिका

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

Yes / No

हां / नहीं

मैं आय-आप कर दाता हूँ। (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 आवेदन करने वाले से संबंध
1	RAVISHANKAR	24	MALE	FATHER
2	MANISHA	22	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषण रखा को पीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसलिए का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - EUB

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ. रा. सहायता का रकम
	AA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा भराया पर):

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of financial assistance, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से भ्रमपूर्ण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं, द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में, चारू गवा है।
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने कभी नहीं, न भविष्य में भी, इस राशि का वित्तिय या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही अधिक ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा भराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नरसिंहों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" द्वारा, मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, अन्य माध्यमों से, जहाँ आवश्यक हो, सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का निष्पत्ति के लिए वे किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्य के लिए है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रोक्त है, उसे अन्य सहायता का इस्तेमाल नहीं कर सकते। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसके नरसिंहों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

सविता कुमारी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भराया)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं या हमारे द्वारा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) चिकित्सा के चयन व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि मैं (हस्पताल) और मैं ही अधिकृत वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता निरस्त कर देता है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय मदद के माध्यम से हेतु किया है। सहायता संगठन/हमारे द्वारा सहायता से नहीं ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और सही जाने की पूरी जिम्मेदारी पूरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तुत

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पा की डॉ. का नाम और रजि. नं. के साथ मुहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्पा के डॉ. का नाम, पद और मुहर
8/5/25	Dr. CHHAVI GUPTA हस्पा की डॉ. का नाम और रजि. नं. के साथ मुहर	Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्पा के डॉ. का नाम, पद और मुहर

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नरसिंह हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नरसिंह 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 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Myank- E/0525/0063

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Myank	Address/ Phone:	Village-Babu bigha, Post-Jagal, Nalanda, Bihar-801301	
MR N		DEL-C-23-10-2889	Age/Sex	1 year	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)