

DEI-4-24-08 4288

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

E/DE25/0065

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

5/5/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

MAST RAJ

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

06 YEARS MALE

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

AVDESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

DEEHI, SIBARAKA, BUDAN, BIKALI, UP-247632

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION :
व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

1.44,000 (FATHER)

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

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / 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	AVDESH	48	MALE	FATHER
2	MAMTA	33	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही रेटा को सीधे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - EVA

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

No

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of health for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न 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।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी ही या किसी और, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में घोषणा किया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार के स्वास्थ्य बीमा या अन्य सहायता के लिए इस सहायता को नहीं ले रहा हूँ, जो कि मेरी सहायता के लिए आवश्यक है और मैं ही सहायता के लिए हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हों, जो "कोशिका" एनएम, प्रिंट, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा पता का विवरण भी इस प्रकार के पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे स्वतंत्र सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एनएम इसकी जिम्मेदारी का निर्णय लेगी और सहायता देगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

जयदीप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।
- यह कि मैं या मेरी सहायता और मैं ही सहायता के लिए सहायता किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य सहायता को उधार लेने या लेने से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए उधार लेने का सहायता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता को उधार लेने का सहायता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता को उधार लेने का सहायता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता को उधार लेने का सहायता है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। यदि यह सहायता द्वारा दी गई सहायता को बिना किसी अन्य सहायता के उधार लेने का सहायता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता को उधार लेने का सहायता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता को उधार लेने का सहायता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हम सहायता को उधार लेने का सहायता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/5/25	Dr. GHRAVI GUPTA (Name of Doctor with Stamp) जयदीप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जयदीप
SIGNATURE of TRUSTEE 1 जयदीप		SIGNATURE of TRUSTEE 2 जयदीप



31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Raj- **E/0525/0065**

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Raj	Address/ Phone:	Orchi, Sisarka, Budan, Bisauli, Uttar Pradesh-243532	
MR N		DEL-G-24-08-4288	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	10/05/2025	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 : sceph@sceph.net, Website : www.sceph.net

OTHER CENTRES

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