

DEL-4-23-07-6924

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Lives of Life

APPLICATION No.: E/0624/0065

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 1/6/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MAST VISHWA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

1 YEAR

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANIL KR SINGH (FATHER)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL CHARTA, ALLAHABAD, UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION: PRIVATE JOB (FATHER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 78,000 (FATHER)

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट नहीं है

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 क्या संबंध
1	ANIL KR SINGH	34	MALE	FATHER
2	NISHA GAUTHAM	38	FEMALE	MOTHER
3	MOORNI DEVI	60	FEMALE	GRANDMOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपायोजिता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मरे विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाणपत्र/प्रातिपत्र संलग्न की गई हैं
1	DIAGNOSIS - RETINODISLSTIMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली है
	NO	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 the assistance for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं झूठा प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद के लिए है, इसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद को नहीं ले, इस मदद का उपयोग या खर्च किसी भी अन्य संगठन/निजी/व्यक्तिगत स्रोतों से नहीं कर रहा हूँ जो मेरी मदद के लिए है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/establish/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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार के माध्यम से, जैसे कि "कोशिका" दस्तावेज, पोस्टर, पत्र, वक्तावली, दूरदर्शन या दूरदर्शनीय और वीडियो में लिखे बिना भी प्रसारित करने से इजाजत मिलेगी। मेरे प्रकरण का विवरण को प्रसारित करने या खर्च में करने से पूर्व "कोशिका फाउंडेशन" से मंजूरी आवश्यक है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रसारित करने से पूर्व मेरी सहमति या खर्च को बताना इस प्रकरण में "कोशिका" दस्तावेज, पोस्टर, पत्र, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रसारित करने से पूर्व मेरी सहमति या खर्च को बताना इस प्रकरण में आवश्यक है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

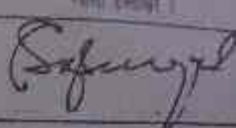
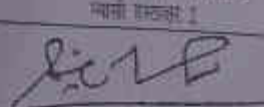
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

- 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/purpose, as we are requesting to get from Koshika Foundation. In the event 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/purpose 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.
- हम घोषणा करते हैं, हमारा यही उद्देश्य है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, केवल तब (रजिस्टर) जिस प्रकार के कार्य व उद्देश्य करने हैं।
- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोतों से प्राप्त करने का इच्छुक हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद से कम पाया जाता है, तो हम "कोशिका फाउंडेशन" से अधिक मदद प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से मदद प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज में स्पष्ट नहीं बताया है कि सहायता वित्त मात्र, बल्कि सहायता हेतु किसी भी अन्य प्रकार के मदद से भी प्राप्त की जा सकती है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता वित्त प्रकृति की है। हमारे या सहायता इसमें कोई भी सहायता या वित्त हमें भुगतान करने के लिए आवश्यक है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भुगतान नहीं है। हमारे रजिस्टर में कोई भी वित्त भुगतान और हमारे यहाँ कोई भी वित्त भुगतान नहीं है और "कोशिका" को कोई भुगतान या वित्त भुगतान करने वाले नहीं हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए अनुमति)

Date of Surgery आपरेशन की तारीख 5/6/24	 DR. CHHAVI GUPTA (Name, Dr. & Regn. No. with Stamp) Fellow - ORTHOPAEDIC SURGERY, AIIMS, NEW DELHI	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राम व रस हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भवानी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भवानी हस्ताक्षर 2 

30th June, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Vishwa- E/0624/0065

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Vishwa	Address/ Phone	Village Chhata, Uttar Pradesh	
MR N		DEL-G-23-07-8924	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.06.05	Examination under anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000


Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India
Ph:- 011-4352 4444, 4352 8898, Fax : 011-43528816
E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net**OTHER CENTRES**

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