

DEL-G-23-049147

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : E/0124/0066 APPLICATION DATE : 11/1/2024

NAME of APPLICANT : MAST SAGAR GUPTA AGE-YEARS : 2 YEARS SEX : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME : DHARMENDRA (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : JUNGLE, JAGDISH PUR, POSARAPATI KHURD, PADRONA, KUSHINAGAR, UP- 214304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

OCCUPATION : PENSIONER (GRANDPARENTS) MARRIED / UNMARRIED : NA

TOTAL ANNUAL INCOME : 72,000 (GRANDPARENTS) (Attach Proof of Income)

PAN No. :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr.No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	RAJKUMARI DEVI	39	FEMALE	MOTHER
2	VANDANA	12	FEMALE	SISTER
3	ANJANA	7	FEMALE	SISTER
4	KUSHINI	6	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Sae/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	---------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr.No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA TREATMENT- III LASER

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES No

Sr.No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED
	N.A.	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थात् द्वारा प्रेषण करने)

- 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/withdrawal.
- 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 amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अथवा जानकारी है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही इस्तेमाल की जायेगी, जो इस प्रश्न में पर्यटन है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से या पूर्ण रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता के लिये नहीं आवेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या दाएँ की ओर अंगुली का निशान (अथवा दाएँ की ओर अंगुली का निशान) देकर मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लेखित है, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, अथवा अन्य माध्यमों द्वारा, अथवा इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।
- मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों से प्रेषित है। मेरी सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किये गये निर्णयों का अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थात् का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

अर्थात् (दाएँ)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this assignment 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 its right to make up the shortfall from another 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 it 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.
 - हमने यहाँ घोषणा, हस्ताक्षर की ओर से अनुमति देती हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 - यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या वित्तिय सहायता से प्राप्त करने के लिये या तो कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिये या तो कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता को पूरा करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आने वाले की-सर्वो विचारों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/1/2024</p>	<p><i>Dr. CHHAVI GUPTA</i> DMCC/R/100745 (Name of Dr. & Designation with Stamp) हस्ताक्षर और नाम व हस्ताक्षर से रजिस्ट्रार</p>	<p><i>Dr. SHIVAN</i> Head of the Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर और नाम व हस्ताक्षर से रजिस्ट्रार</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--



भारत सरकार
Government of India



राजकुमारी देवी
Rajkumari Devi
जन्म तिथि/DOB: 01/01/1985
लिंग/ GENDER: FEMALE

Issue Date: 07/07/2011

5273 2129 0028

VID : 9106 6069 5635 0433

मेरा आधार, मेरी पहचान



31st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sagar Gupta-E/0124/0066

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

Name	Sagar Gupta		Address/	Jungle Jagdishpur, Padrauna, District, Kushinagar, Uttar Pradesh-274304	
			Phone:		
MR N	DEL-G-23-04-5147		Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	11/01/2024	Examination under Anaesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

[Signature]
Dr. SIMA DAS
Head of Department
Oculoplasty and Ocular Oncology
Regd. No. 10291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road,
Daryaganj, New Delhi-110002

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)