

DEL-4-25-04-2648

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या: E/0525/0068APPLICATION DATE
आवेदन तिथि: 2/5/25NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम: SUNNY

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 1 MONTH

SEX लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम: BIGNESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VILLAGE BHAINSA KALAN, SHARJAHANNAH
UTTER PRADESH - 242001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

OCCUPATION
व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय: 1,20,000 (FATHER)(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं)Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	BIGNESH	30	MALE	FATHER
2	POOJA	35	FEMALE	MOTHER
3	RAGHAV	03	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसे चिह्नित करें

BPL Card (Attach Card Copy) पोषण निधि की कार्ड प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य बनाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़े की गई प्रतिक्रिया सुनी प्रमाण
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - G/A

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 जो लक्ष्य संभव नहीं
	NA	

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 amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा प्रमाणित होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए धन को, केवल इसी उद्देश्य के पूर्ण से हीत्र किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 enable 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.
- इस करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम पर दूसरे उद्देश्य से जहाँ भी आवश्यक हो उसे प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या किसी अन्य माध्यम पर मेरे नाम या पते से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है, जहाँ जहाँ सहायता का प्रस्ताव गंभीरता से किया जा रहा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

हमने अधिष्ठित, इसकाफी को प्राप्त हो सफल/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से प्राप्त न कर सकेंगे।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/करने में लगे रहेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती अधिकतर/सफल हेतु प्रचुर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में संभव संभव है कि सहायता द्वितीय चरण पर प्राप्त होगी/प्राप्त होगी कि सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे हुए सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर सहायता प्राप्त हो गई सहायता या किसे लगे सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्राप्त हो जाने को लगे वित्तिय/रोगी एवं सहायता को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विषय/रोगी इस सहायता में नहीं होगी।

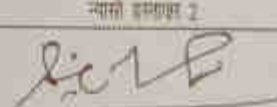
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/22	 Dr. CHHAVI GUPTA Accident Consultant (Name of Dr. & Designation with Stamp) हमारे का डॉक्टर/हस्ताक्षर/सिफारिश	 Dr. SMITA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dentist/Oral & Maxillofacial Surgeon हमारे का डॉक्टर/हस्ताक्षर/सिफारिश
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु
Dr. Anand K. Choudhary
Dr. Anand K. Choudhary
Dr. Anand K. Choudhary

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो 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. Sunny- E/0525/0068

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Sunny	Address/ Phone:	Village Bhainsta kalan, Pacharai, Shahjahanpur-242221	
MR N		DEL-G-25-04-2648	Age/Sex	1 month	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	15/05/2025	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)