

DEL G-22-04-4635

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building World of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0624/0078

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/6/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST SAHIL

AGE/YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

4 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MD EHSAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

WARD NO-7, NOOR MASTI, KICHHA, UDHAM
NAGAR, UTTARAKHAND

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

CARPENTER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. रपार खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी 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	EHSAN	29	MALE	FATHER
2	SHABANA	25	FEMALE	MOTHER
3	SAHIL	4	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम को तैयार प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपचार/दवाइयों से संबंधित कोई भी डॉक्टर द्वारा जारी प्रमाण
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे एवं किससे से प्राप्त हो रही है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो से प्राप्त हो रहा है
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 further 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 गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने या सत्य प्रमाण नहीं बताता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रीकम्बर्समेंट ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा 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 its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार यह अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अवश्य सहमत हो चुकता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो एवं अन्य विवरण हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न पर विचार से इनका कोई फल या बद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं यहाँ कर विचार से इनका कोई फल या बद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्माण और कार्यवाही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

होशियार (Father)

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:
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मार्गदर्शक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:
- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो रहे है, जिस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त होती है तो हस्पताल किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल केवल सहायता उक्त रोगी/रोगी के सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्त वित्त प्रदान की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किसी अन्य उद्देश्य/उद्देश्य का सुझाव देता है वह हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने खर्च को सही विधि/विधि से ही हस्पताल को सौंपे और "कोशिका" को कोई दृष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए संसृति)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/6/24	Dr. CHHAVI GUPTA DMCC/R/169745 Fellow: Oncology & Ocular Oncology (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की तारीख और हस्ताक्षर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रामेश्वर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रामेश्वर 2

30th June, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sahil- E/0624/0078

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sahil	Address/ Phone:	Ward no. 07, Noori Masjid, Kiccha, Udham nagar, Uttarakhand	
MR N		DEL-G-22-04-4635	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.06.18	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 8888, Fax : 011-43528816E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

MEERUT • LAKHIMPUR KHURJ • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)