

DEL-25-01-6123

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **E/0625/0081** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **1/6/25**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **YUG, TRIPATHI** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **03 YEARS** SEX लिंग: **MALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **AMIT TRIPATHI (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **EXAMINI, RAE BARELI, U.P. - 229206**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: व्यवसाय: **FARMER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **4,80,000 (FATHER)**

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

PAF No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जहाँ कान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes / No हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	AMIT TRIPATHI	32	MALE	FATHER
2.	POOJA	26	FEMALE	MOTHER
3.	RANI	24	FEMALE	AUNT
4.	PHOOLGATI	49	FEMALE	GRANDMOTHER

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

RPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटिंग के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे पैसे विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

10

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौन-सा सहायता पुरानी
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चोखन पर:

- 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/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.
- मेरे पत्रमा कतल हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं प्रमाण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विरल की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र पत्र है।
- मेरे द्वारा कतल हूँ कि भविष्य सहायता हेतु पर प्रार्थना को नहीं है, इस प्रति का अधिक या संकेत विरल किसी अन्य धार्मिक/व्यवसाय/व्यक्ति से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करत)

- 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 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के निशान लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन के द्वारा प्रसारित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में विधि अधिकृत है। मेरे पत्र का विवरण मेरे प्रश्न को खतरे में पतन से बचाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनकर्ता) इस पत्र से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्रिका का विवरण और सहायता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Kalpang

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करत)

- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षर की गयी से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षरकर्ता) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो भविष्य में न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त सहायता हेतु मंगल नहीं किया जा सकता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षरकर्ता द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु सिफारिश और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से नही कोई सहायता अथवा वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर दान से कोई सहायता या वित्तिय प्रकृति का प्रकृत रोगी एवं हस्ताक्षर को रोग का निपट दे और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझा और करने करने को सही विनियमों रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई सहायता या वित्तिय प्रकृति इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery आवरेदन का तिथि</p> <p>2/6/25</p>	 <p>Dr. CHHAYA GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p>	 <p>Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION | आन्तरिक इस्तेमाल के लिए केवल | Koshika Foundation's Charity Eye Hospital

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



30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Yug Tripathi- E/0625/0081

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Yug Tripathi	Address/ Phone:	Ekauni, raebareli, Uttar pradesh- 229206	
MR N		DEL-P-25-01-6123	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-02	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)