

DEL-9-24-06-4851

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.: E/0624/0082

APPLICATION DATE: 20/6/24

NAME of APPLICANT: BABY KANYA

AGE-YEARS: 2 YEARS

SEX: FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ARUN KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.NO. 37, SANTOSHI NAGAR, DISTRICT BANDA, UTTAR PRADESH PIN-210128.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: H.NO. 37, SANTOSHI NAGAR, DISTRICT BANDA, UTTAR PRADESH PIN-210128.



OCCUPATION: SHOPKEEPER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 120,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे 'Yes' या नहीं का चिह्न लगाएं):

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 संबंध
1	ARUN	32	MALE	FATHER
2	NEHA	30	FEMALE	MOTHER
3	AARVI	3	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आवश्यकता आधारित कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए आवेदन किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यकता आधारित रिपोर्टों की प्रतिलिपि संलग्न की जा रही है
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

क्या आवेदन के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which it was requested by me.
- 3) 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा झूठ का है तो मेरी प्रार्थना निराकार होगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी सहायता देता है, तो उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) 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.
- 2) 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 with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को गृहीत करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन, रेडियो, दूरभाष, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को संचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
(आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

Neha Gupta

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यतापूर्वी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार किया है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 - 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रश्न में स्पष्ट किया गया है कि सहायता वित्तीय स्वरूप की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और हस्पताल द्वारा रोगी के इलाज के लिए कोई भी निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच होगा।

Date of Surgery
25/6/24

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
(स्वीकृति के लिए अनुमति)

Dr. CHHAVI GUPTA
DMCC/199745
Name of Hospital/Institution/Trustee
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हमारे पास है कि हमने स्वीकार किया है



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1921.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

30th June, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kavya- E/0624/0082

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kavya	Address/ Phone:	H no. 37, Santosh Nagar, District- Banda, Uttar pradesh- 210128	
MR N		DEL-G-24-08-4851	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.06.20 2024.06.25	MRI	6500	1	6500
2	2024.06.25	Examination under anesthesia	2000	1	2000
		Total			8500

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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)