

DEL-P-24-07-0520

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. : E/0724/0091

APPLICATION DATE : 5/7/24

NAME of APPLICANT : MAST ARCHIT

AGE-YEARS : 5 YEARS

SEX : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME : SAURABH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ग्राम, आवासीय पता

GRAM, NAWADA, MOHAMMADABAD, DISTRICT PRIDEH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 60,000 (FATHER)

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

PAN No. क्या है या नहीं?

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)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 से संबंध
1	SAURABH	28	MALE	FATHER
2	GANGA DEVI	24	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के नाम पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसमें प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) किसी अन्य नाम पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसमें प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को इसमें प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य आधार
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे क्या दिव्यता का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई अन्य सहायता राशि
	NA	NO

DECLARATION by APPLICANT: महेश कुमार शर्मा I hereby declare that the above statement is true and correct to the best of my knowledge and belief. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void.

- 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 Kasthika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance 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, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से मिले गए सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथना असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को अस्वीकृत किया जा सकता है।
- 5) मैं इस से समझता हूँ कि "कस्तिका फाउंडेशन", को मेरी मदद करी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस मदद को नहीं लूँगा, जिससे कि मैं आंशिक या पूर्ण रूप से इस मदद को वापस कर सकूँ। अन्य स्रोतों से मदद/वैयक्तिक मदद/कंपनी में से जो लिया है और जो मेरी मदद करने में है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/upload/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.

- 1) इस तरह का अपने इच्छाकार को करने को बात लम्बर, मैं (आनंदरा) जानी स्वामिनी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिका कावरीशम और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और कि विवरण इस तरह से घोषणा है, उसे "कोरिका" एवम् गायत्री, धन, महाकाव्य दूसरे उद्देश्य से दुर्दी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का नाम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रसारक विवरण में स्वयं के पते या, धन से करने के लिए "कोरिका कावरीशम" के व्यक्ति अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदरा) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महाकाव्य के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः महाकाव्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोरिका" एवम् उसके व्यक्तियों के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के सम्बन्ध में अष्टादश श्लोक निम्नान्

AGREEMENT by HOSPITAL (कम्प्यूटर द्वारा जारी)

- 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.

1. यह कि न तो संस्थान और न ही व्यक्ति में विधिगत सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उठा योग्य/कमले में लगे या हो रहे है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" में पिछली/विपरीत उक्त के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यह "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत आधिकार/सकल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है जो संस्थान किसी अन्य के सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल विपरीत मदद उक्त संगी/धामले हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे एवं सहायता केवल विधिगत प्रकृति को है। संगी पर इसका उक्त दो गरी संस्था या किने गरी उपचार/शिक्षण का सुचारु संगी एवं इसका लगे संगी का विपरीत है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाया नहीं है। इसलिए इसका लगे संगी को इसका सुचारु और जाने जाने को भारी विपरीत संगी एवं इसका लगे संगी और "कोशिका" को कोई व्यक्ति या विधिगत इस मायने में नहीं संगी।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. SIMA DAS
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Sima Das, Senior Eye Specialist

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी इम्प्लाय 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...



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

31st July, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Archit- E/0724/0091

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Archit	Address/ Phone:	Gram Nawada, Atankpur, Mohammadabad, Uttar Pradesh	
MR N		DEL-P-24-07-0520	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.06	Examination under Anesthesia (EUA)	2000	1	2000
2	2024.07.10	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2024.07.09	MRI	6500	1	6500
		Total			11000

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)