

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 Koshika  
foundation  
Building Block of life

E | 0724 | 0097

APPLICATION DATE: 5/7/24

MAST ABHI KUMAR

AGE-YEARS $\text{वय-वर्ष}$	SEX $\text{लिंग}$
1 YEAR	MALE

ADAR KUMAR (FARMER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS कानून विभाग, दिल्ली

PRESENT RESIDENCE ADDRESS श्री श्री गुरु नारायण  
SIRSI, DABARKAR, MIZAPUR, JHAR PRADESH  
231001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : २२०१ अमरावती नगर

DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

2,40,000 (FATHER)

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

PAN No. 140 307 4059

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 HAY NAY HAY KA PATA NAI (Jis Karyakshak ko ham yeh pata nahi ki kahan lagayen)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS:** परिवार विवरण

[illegible]

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

सहायता का दस्तावेज जमा करें			
<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे जमाया यह (प्रमाण यह की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण यह (प्रमाण यह की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण यह की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	Date of Birth जन्म तिथि
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA	
2	TREATMENT - CHEMO THERAPY	

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 & ongoing assistance, if any, 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 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य सच कहा है तो मेरी सहायता निम्न को वापस कर दी जाएगी।
- 2) मैं इस को सहायता-सहित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रयोजन की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा करण)

- 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 solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एगम् नम्बरी, रन, पत्रिका/पत्र पुरो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वापसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् उसके आचार्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Ajay (father)*

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में ली जा ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोजन के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/सकत हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो संभवतः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/सुरक्षा और जाने जाने की ज़रूरत/निर्णय रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/04/24</p>	<p><b>Dr. CHHAVI GUPTA</b> Adjunct Consultant Oculoplasty and Orbital Oncology Services Regd. Since 1997 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>	<p><b>Dr. SIMA DAS</b> Director Oculoplasty, Orbital and Sinus, and Allergic Rhinitis Director, Medical Foundation Hospital निम्न से पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य 1</p> <p><i>Dr. Chhavi Gupta</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य 2</p> <p><i>Dr. Sima Das</i></p>
---	---



31st July, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Abhi Kumar- E/0724/0097

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Abhi Kumar	Address/ Phone:	Sirs, Gaharwar, Mirzapur, Uttar Pradesh-231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.11	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024.07.11	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>4500</b>

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)