

DEL-P-24-02-2078

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0724/0104

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/7/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST ATHARV GIRI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

1 YEAR

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

VISHWARUPAM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

NEW COLONY, DANAPUR, PATNA, BIHAR - 801503

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

SMALL BUSINESS (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2,40,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. 'मार्ग' खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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 के साथ सम्बन्ध
1	VISHWARUPAM	23	MALE	FATHER
2	ANANDITA	27	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्धारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न
1	DIABETES- RETINOPATHY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

No

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा की गई

DECLARATION by APPLICANT: **अवेकत द्वारा घोषणा है:**
 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.
 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 the

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 कोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण भेजे आसानी से अनुसूचित एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून असंगत एवं गलत है तो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे कुछ दोस्तों का उल्लेख "कौटिल्य" (कौटिल्य) है, जो कि एक बहुत ही महत्वपूर्ण व्यक्ति है, जिसका उल्लेख मेरे द्वारा किया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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.

3.1 (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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को आप सहायक, मै (आवेदक) अपने रायपत्र की मुद्रि कराते हैं एवं "कोशिका फावडेसन और उसको ग्यारीयो" को अधिकृत करता है कि येग नाम, पता, फोटो और ओ विधान इस प्रश्न मे कोशित है, उसे "कोशिका" परम्प न्यायो, बाप, यासका/या दुसरे तर्देश से जुडी गतिविधियो ओर उपलब्धता के लिये किसी भी प्रकार बाधपत्र के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। येग प्रश्न का विषय येर हताश के घाले वा कद से करने के लिए "कोशिका फावडेसन" व न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (जबकि) इस बात से आशा हूँ कि का नाम, पता, फोटे और विवरण जो कि साक्ष्य को उद्घरणों से प्रमाणित है मुझे स्वतः साक्ष्य का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्बु इससे मॉडियाँ का निर्णय शीघ्र और सम्पूर्ण रूप से।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवृत्ति के इन्वर्स का संग्रह का निम्नान

Granodite

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इनसाफरी की ओर से सामान्य/रोगी को "कौशिका काउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाहल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त योग्य/मामूल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में मिश्रित/विनिर्मित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित आणविक/सफल हेतु समुदायों किया जाता है तो अप्रत्याशित किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन या सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्याशित द्वितीय मदद उक्त योग्य/मामूल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से जारी लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेवाला" से तो कई सहायक कोशक बिलियन इकाई को है। रोगी पर हमला होने पर ही स्लाइड या चित्रों से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला करने वाले का निष्पत्ति है और "कोशिका फाटनेवाला" इस किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमला होने पर रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला करने वाले और "कोशिका" की कोई बुद्धि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

8/7/24

CHHAVI GUPTA

(Name of On & Re-in. No. with Stamp)

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. SIMA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Oculoplasty and Orbital Surgeon of Hospital)

Director, Medical Services, Government of India
New Delhi-110055

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सुप्रीम कोर्ट

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि ।

Exempel

2028



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

31st July, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Atharv Giri- E/0724/0104



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

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name		Mast. Atharv Giri	Address/ Phone:	New colony, Danapur, Cantt, Patna, Bihar-801503	
MR N		DEL-P-24-02-2078	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.08	EUA(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 : scejh@scejh.net, Website : www.scejh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)