

DEL-9-23-12-8424

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

E/0724/0106

APPLICATION DATE :

5/7/24

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MAST RUDRA ANIKET

AGE-YEARS मास-वर्ष

10 MONTHS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

JAY SINGH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

VILLAGE KALLANPUR, DISTRICT - FATEHPUR,
UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थाई 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

हां / 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 सम्बंध
1	JAY SINGH	24	MALE	FATHER
2	SHEELA DEVI	25	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे नीचे रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रही
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा जमा किया गया)

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रस्ताव में किने गये सभी वस्तु वितरण केवल मेरी आँखों के उपचार के लिए ही है। यदि कोई वितरण पूर्ण रूप से अलग एक बात है जो मेरी आँखों वितरण की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को सकारण स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी बात को सही है, यहाँ पर प्रमाण इस उद्देश्य को पूर्ण से लिए दिया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस प्रस्ताव को केवल वितरण के लिए ही अन्य कोशिका फाउंडेशन/वैद्यक कम्पनी से न तो लिए है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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/post-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 fulfilment of the "purpose".
- 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.
- 3) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने आँखों को चिकित्सा के लिए प्राप्त हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, पत्राचार/प्रसारण द्वारा उद्देश्य से लुप्त गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसारण माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आँखों के उपचार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आँखों के उपचार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

शीला देवी

(MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 1) 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.

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकती है, जैसे कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अपने व अधिकृत करने हैं।
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) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हमारा प्रस्ताव इस से भी सकारात्मक हो कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से चलाया जा सके।
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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>8/7/24</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Services Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name of Doctor/Physician Stamp) Dr. Shivani Chhabra Eye Hospital</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director (Name of Hospital/Institution Stamp) Director, Medical Eye Hospital नाम के अस्पताल/इंस्टीट्यूट का मुहर Dr. Shivani's Specialty Eye Hospital</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>	

31st July, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Rudra Aniket Singh- E/0724/0106

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Rudra Aniket Singh	Address/ Phone:	Village Kallanpur, District- Fatehpur, Uttar Pradesh	
MR N		DEL-G-23-12-8424	Age/Sex	10 months	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
2	2024.07.08	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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)