

DEL-C 21-11-4703

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: E/0724/0108

APPLICATION DATE: 17/24

NAME of APPLICANT: MAST ANKIT

AGE-YEARS: 5 YEARS

SEX: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHANDAN KR (FATHER)

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बांसी, सादपुर, वैशाली, बिहार - 844504

BAHAI, SADIPUR, VAISHALI, BIHAR - 844504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION: 1, 20, 000 (FATHER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: GENERAL STORE HELPER (FATHER)

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं छाता 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	CHANDAN KR MAHID	32	MALE	FATHER
2	SANGEETA DEVI	31	FEMALE	MOTHER
3	PRIVANSHU	12	MALE	BROTHER
4	PINKY	10	FEMALE	SISTER
5	ANESHA	7	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुन्नी संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
1	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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 cost for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तव प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि, इसका उपयोग किसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की क्षति नहीं करूँगा, इस रकम का अधिकतम या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- 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.

- इस करार का अंग्रेजी इंग्लिश या अंग्रेजी की भाषा में, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और मैं जिसके लिए इस सहायता को मांग रहा हूँ, उसे "कॉशिका" फाउंडेशन, दल, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" या किसी भी अन्य स्रोत से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" फाउंडेशन अपने अधिकारों का निर्वाह करेगा और वास्तविकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Chandan K. Mahato (Father)

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:
- 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.
 - 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 this matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- मैं यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने/प्राप्त करने में लगे या ले रहे हैं, बल्कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तित करने के संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" इस सहायता वित्तित नहीं करता है तो हमें "कॉशिका फाउंडेशन" किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगनी होगी।
- "कॉशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सहायता प्राप्त की गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही इच्छा के अनुसार है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता में लगे के इलाज सुरक्षित और अपने काम की सारी जिम्मेदारियाँ हमारे ही होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>5/7/24</p>	<p>Dr. CHAND GUPTA Adjunct Consultant, Ophthalmology and Ocular Oncology Services (Name of Dr. & Designation) Dr. Chandra Sheela Eye Hospital</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Ophthalmology and Ocular Oncology Services (Name of Dr. & Designation) Dr. Chandra Sheela Eye Hospital</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p>Sufan</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p>Sufan</p>	



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 Mr. Ankit Kumar- E/0724/0108

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mr. Ankit Kumar	Address/ Phone:	Bahsi Sadipur, Vaishali, Bihar- 844504	
MR N		DEL-C-21-11-4703	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.05	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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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