

DEL-4-21-02-3760



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (आरोग्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **E/0724/018** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **15/7/24**

NAME of APPLICANT / आवेदन करे वाला: **BABY ANANNA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **4 YEARS** SEX / लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **SUDHANSHU (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **BAHEDER, JAMSHEDPUR, BILPAT - 831002**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **FARMER (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **₹ 08,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय का प्रमाण: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
आय कर दाता हैं / (जो लागू हो उसे 'X' चिह्नित करें) हाँ / नहीं: **NO**

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करे वाले के साथ संबंध
1	SUDHANSHU	27	MALE	FATHER
2	ANANNA	03	FEMALE	DAUGHTER
3	SRIPATNABAI	52	WIFE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 सूची संलग्न

Sr. No. / क्रम संख्या: **1** **DIAGNOSIS- RETINOCARDIOMA**

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गयी है? **No**

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

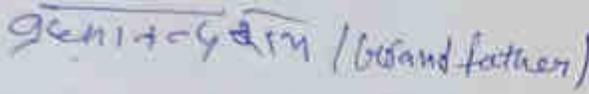
DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 rescission/termination.
 - 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही सचकोष के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं डेटल गलत पाया जावे तो मेरे पत्र/आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल केवल मेरे पत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही करना होगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके को भी नहीं, इस रोग का उपचार या उपचार के लिए अन्य कोई/किसी/किसी कम्पनी से मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/duplicate/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 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.
- 1) इस प्रश्न पर मेरे हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के विवरण का प्रयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा चलाये गए, आयोजित किये जा रहे हैं, या अन्य किसी भी माध्यम से मुझे और अन्य लोगों को दिये गये किसी भी प्रकार के वित्तिय सहायता के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्र में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जहाँ भी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से दिये गये सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सहायता के "कोशिका" द्वारा चलाये गये किसी भी प्रकार के वित्तिय सहायता और अन्य प्रकारों द्वारा।

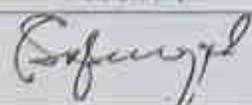
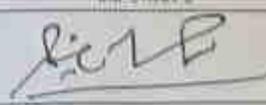
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

 Gyanendra Singh (Grandfather)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- 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 the matter.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य व सहायता का प्रयोग नहीं करेंगे:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता/वित्तिय सहायता के लिए मांगे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अधिकृत/अनुमति हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जावे कि हस्पताल वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं देता। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुफ्त और आने जाने को सभी विधियों से रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई वित्तिय सहायता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery आंखों की सर्जरी 18/7/24	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. CHHAVI GUPTA Director Oculoplasty and Ocular Oncology Services FOR INTERIM USE OF KOSHIKA FOUNDATION Reg. No. 100743 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular Oncology Services Director FOR INTERIM USE OF KOSHIKA FOUNDATION Reg. No. 100743 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 	

DEL-G-22-011



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 Baby, Ananya Kumari- E/0724/0118.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Ananya Kumari	Address/ Phone:	Rahepur, Samastipur, Bihar	
MR N		DEL-G-21-02-3960	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit.	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.18	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)