

DEL-A-24-06-3986

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	E/0224/0120	APPLICATION DATE आवेदन तिथि :	15/7/24
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम :	ABBY ANAYA KEJHARIWAN	AGE-YEARS वर्षों में :	1 YEAR
		SEX लिंग :	FEMALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/ससुरा का नाम :	AADARSH KR (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता :			
JASRA BAZAR, PRAYAGRAJ, UTTAR PRADESH - 212104			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता :			



OCCUPATION व्यवसाय :	SHOPKEEPER (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	NA
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय :	49,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. (यदि प्राप्त संख्या)			

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर एसेस है (जो लागू हो उस पर 'X' का चिह्न 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 सम्बन्ध
1	AADARSH KR	28	MALE	FATHER
2	JYOTI KEJHARIWAN	23	FEMALE	MOTHER
3	DM KEJHARIWAN	3	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का नीचे 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 रिक्रेत गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 लिय गया 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: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कसब-असब गलत जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, अन्य स्रोतों को अपेक्षा कर सकूँ कि अन्य स्त्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो निराश हो और न ही धोखाधड़ी में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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-up/produce 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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगी को स्वीकृत करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके नजदीकी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" ध्वनित नामों, पता, सम्पर्कता दूसरे उद्देश्यों से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी द्वारा आवश्यक से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण में प्रत्येक के पते या पद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामों अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" ध्वनित नामों के लिये अंतिम और धारणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

ज्योती लक्ष्मणानी / Mother

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, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 और सहायता संगठन या स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम स्वयं से उक्त रोगी/मामले में लेने का सोच रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित आर्थिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सम्बंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हम सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा पद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता 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 मुफ्त और उन्ने जाने को धारी विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भुगतान या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/2/24	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Regd. Hospital Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Oculoplasty on behalf of Hospital Director, Medical Department Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur



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. Anaya Kesharwani- E/0724/0120

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Anaya Kesharwani	Address/ Phone:	Jasma Bazaar, Prayagraj, Uttar Pradesh-212107	
MR N		DEL-G-24-06-3986	Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.17	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024.07.15	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			22000

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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)