

Del-G-20-01-5327

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No.: E/0724/0123
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15/7/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BABY ISHIKA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 5 YEARS
SEX लिंग: FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AMIT SAINI (FATHER)
पिता/कटुम्भ का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Z-29, NARAYAN VIHAR, PREM NAGAR-2,
DELHI - 110086

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: PRIVATE JOB (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NO

TOTAL ANNUAL INCOME: 1, 80, 000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खला 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 लगायें):

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 संबंध
1	AMIT	31	MALE	FATHER
2	RUPA	30	FEMALE	MOTHER
3	ANI	3	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
1	RETINOPATHY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लीपा गया हो?

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 कर:

- 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 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई किराया एवं किराने व्यय प्राप्त होता है तो मेरी पर्याप्त निर्यात को जा सकता है।
- मैं इस जा घोषणा करती "कोशिका फाउन्डेशन", से जो न जा रही है, इसका उपयोग जैसे उद्देश्य को पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता जा रहा है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना संशयक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का किराया या किराने व्यय किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न जा लिया है और न ही भविष्य में जाय।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान, मैं (आवेदनक) अपने आवेदनक को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, नाम, पता/पता/पता/उद्देश्य से जुड़े परिवर्तित/उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार/प्रकार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे पता का विवरण भी इसका एक हिस्सा या भाग में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रार्थना है उसे सार: प्रकाशित या प्रकाशित नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

(father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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 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.
 - 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस उपा (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कर देते हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अस्वीकार/सकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इसे पुष्टि में स्पष्ट बता जा रहा है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही गई सहायता या किराये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इलाज चुनना और करने जाने को सभी विनिर्देशों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" जो कोई भी प्रस्ताव या सिफारिश इस प्रश्न में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>27/07/24</p>	<p> Dr. CHHAM GUPTA Adjunct Consultant, (Name of Ophthalmologist) Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 108794 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>	<p> Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Oculoplasty and Ocular Oncology Services Director, Maxima Eye Hospital Regd. No. 00291 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>
--	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2



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 Ishika- E/0724/0123

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Ishika	Address/ Phone:	Z-29, Narayan vihar, Prem nagar- 2, Delhi-110086	
MR N		DEL-G-20-01-5327	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.27	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