

DEL-C-22-11-7333

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

E/0824/0129

APPLICATION DATE:

20/09/24

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST PAWAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

4 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

UMESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RASHIDPURMAL, FARROKHABAD, UTTAR PRADESH
PIN - 201504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000

(FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई पता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	UMESH	35	MALE	FATHER
2	SONI	32	FEMALE	MOTHER
3	ABHISHEK	9	MALE	BROTHER
4	ANSHIKA	7	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्त 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) वर्षापूर्विका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवर्त का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROCEDURE DONE - EDA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 liable for revocation/annulment.
- 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 including insurance company, of the expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही सच हैं। यदि कोई झूठा बयान दान करने के लिए प्रार्थना किया जाता है तो उसे वापस ले लिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई है, उसका उपयोग किसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वापस लेने के लिए प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जिसमें बीमा कंपनी भी शामिल है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy 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.
- 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अपनी वेब, पत्रिका/या दूसरी उद्देश्य से चुनी गई माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरे पता का विवरण मेरे इलाके के पते या नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में नहीं उल्लिखित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन के उद्देश्यों में प्रसारित है। फाउन्डेशन का फैसला मेरी अगली इस सहमति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उम्मीदों का निर्धारण और वापस लेने होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक कोशिका फाउन्डेशन का अंगूठा का निशान

डॉ. चहावी गुप्ता (FATHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम जो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संचालन या किसी अन्य स्रोत से इसी रोगी/मरीज से ले रहे हैं, वेक कि हमले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से प्रसारित की जाती है तो हमारे पास और किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ से स्पष्ट कर रहे हैं कि अगला वित्तीय मदद हमारे रोगी/मरीज से ले लेंगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारे द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे पास का होगा। हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारे पास में रोगी को हमारे द्वारा और अन्य स्रोतों से ले लेंगे वित्तीय मदद लेनी एवं हमारे पास से लेनी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/08/2024

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
(Name of Regn. No. with Stamp)
Dr. Shroff's Low Vision Hospital

Dr. Shroff
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
(Name of Regn. No. with Stamp)
Director, Oculoplasty & Ocular Oncology Services
on behalf of Hospital
Dr. Shroff's Low Vision Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मासूमि हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मासूमि हस्ताक्षर 2

Safar

**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922...

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

31st August, 2024.

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Pawan- E/0824/0129

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Pawan	Address/ Phone:	Rashidpurmai, Farrukhabad, Uttar Pradesh- 207504	
MR N		DEL-C-22-11-7333	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.23	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)