

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

Koshika
foundation
building block of life

AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
4 YEARS	MALE

KULDEEP (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
155 SATRAVA COLD

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (INDIA) H.NO - 25/43, INDRAPRASTHA COLONY,
BURARI A BLOCK, DELHI - 110059

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : २०१६ आवासीय पत्र



MASON (FATHER)

96,000 (FADIER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

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

PAN No. खाई खाई सखी
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

Yes / No
हाँ / नहीं

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महासत्ता के लिये विनम्र आधार

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)

अला जाय तर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करे)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

१. अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescription अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROCEDURE DONE - EUA
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य स्थापना किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

No

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

DECLARATION BY APPLICANT: I hereby declare that the information provided in this application is true and correct to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge and belief, and that the information provided is not false or misleading in any material respect. I understand that any false or misleading information may result in the Form being rejected or the Form being used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such information is not suitable for objection/cancellation.

21. I solemnly confirm that assistance I received from Russian Federation was not provided in part or in full, from any other source (employer insurance company, of the amount was requested by me.

31. I hereby confirm that I have not and will not, in future, avail of financial assistance from any source for which this assistance is requested.

1) वी योजना करता है कि इस प्रक्रम में तब तक सभी विद्यार्थी की आवश्यकता को अनुसारित एवं माता की मदद को प्रदान करेगा।

1) मैं प्रति वाक्य में कि, निम्न प्रकाश/प्रति वाक्य प्रकाश की सहायता से, एक वाक्य का वाक्य या वाक्य निम्न किन्हीं अन्य वाक्य/वाक्यों/वाक्यों का भाग है। मैं न तो वाक्य है और न ही वाक्य के भाग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्ष)

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 fulfilment 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 on this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने ज्ञानानुसार उत्तरों को खोलकर पढ़ें। अक्षरों, अर्थों सहित को ध्यान देकर पढ़ें। "कारिका कदम्बेन जीमन्तं मन्थीर्य" को अभिप्रेत करते हैं कि मेरा नाम, तला, पाँच और दो विद्या इस प्रश्न में धीमा है, उसे "कविमन्त्र" प्रथम नवमी, सन, पाचनपा द्वारा उद्देश्य से मुझे भीषणधर्मों और उपनिषदों के लिए किसी भी प्रशासक माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठाता है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे प्रश्न के पहले के बाद के उत्तर के लिए "कविमन्त्र कदम्बेन" से जारी अभिप्रेत है।

23. निम्नलिखित वाक्यों में सहायक क्रिया का प्रयोग कीजिए।
 (a) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (b) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (c) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (d) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (e) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (f) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (g) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (h) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (i) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (j) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (k) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (l) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (m) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (n) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (o) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (p) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (q) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (r) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (s) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (t) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (u) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (v) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (w) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (x) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (y) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।
 (z) वह बहुत तेज़ी से चल रहा था।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आमिषक के द्वारा हमारे आरोग्य का निगान

24017d (mother).

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित होम हॉस्पिटल)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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 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 source.

2) The assistance from Koslika 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 Koslika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koslika Foundation will have no role to play in it in the matter.

हमारे अविज्ञात, हमारा भी और वे प्रत्यक्षता के "साक्षात्कार" के बिना _____

1. यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिव्यय में विधिवि सहायता किसी भी सरकार संकेतन या किसी अन्य स्तरों से वहाँ रेंग/मालत में ली या जो ले है, कि वह इतने "क्याकि काउन्डेशन" से उपलब्ध/विविध यन्त्र को खर्च में "तलिका काउन्डेशन" द्वारा मर हो कि है। जो "क्याकि काउन्डेशन" इस सहायता निम्न अधिनियम/कल से प्रकृत नही किता वहाँ है जो अधिनियम किसी अन्य देश/संस्था/यन्त्र या किसी अन्य सामान्य से सम्बन्ध लेने का अधिनियम सुविधि रखे हो। इस सूच के साथ कहा गया है कि अधिनियम विधिवि मर वहाँ रेंग/मालत हो किसी भी प्रकारी संस्था या किसी अन्य स्तरों के वहाँ रेंग/मालत।

[illegible]

को रोगों और "कारण" को बड़े शुद्धता का निष्कर्ष। इस मामले में भी सही हो।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतो के लिए संज्ञाति

Date of Surgery: _____
 डॉक्टर का पता: _____

23/8/2024

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
(Name of Referring Institution Stamp)
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Oculoplasty and head and neck oncology services

on behalf of Hospital

Dr. Shih-Wei Chen

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसिद्ध उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पुष्प-सुगन्ध

SIGNATURE of TRUSTEE 2

माता अम्बिका

31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Aayush- E/0824/0134

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Aayush	Address/ Phone:	H no. 25/43, Indraprastha colony, A- Block, Barari, Delhi - 110084	
MR N		DEL-C-22-12-1863	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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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