

DEL-P-24-07-0520

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फॉर्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : E/0824/0143

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/8/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MAST ARCHIT

आवेदक का नाम

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

5 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/POUSE'S NAME : SAURABH (FATHER)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

GRAM NAWADA, ATANKPUR, MOHAMMADNAGAR, UTTAR PRADESH - 233227

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : FARMER (FATHER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 60,000 (FATHER)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : यहाँ सही भरें

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मन्त हो उस पर सही 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SAURABH	28	MALE	FATHER
2	GANGA	24	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) चरबी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे रावे विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - CHEMO THERAPY

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुका है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED रा. रा. सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवर्तन प्राप्त करने अथवा प्राप्त करना है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं भेजा है, अन्य स्रोतों का अधिक या संपूर्ण किन्हीं अन्य स्रोतों/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicity/publish/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.
- 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.
- 1) इस स्वरूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एवम् मंचों, पत्र, मासिक पत्रिका, इसी उद्देश्य से सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे इलाज के पूर्ण हो जाने के बाद भी मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में स्थगित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण स्वतंत्रता, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं हाथ का निशान

12/18/24

(MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बल/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अधिकृत/सहायता हेतु मंचों नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा मंच उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोषल वित्तित अधिकृत को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता किने 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 शुरू और आने जाने को सभी विमोचनी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)

Dr. Shrotri's Charity Eye Hospital

नाम व पर-हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar

Safar

31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Archit- E/0824/0143

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited**Estimate cost of treatment**
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name		Mast. Archit	Address/ Phone:	Gram Nawada, Atankpur, Mohammadbad, Uttar Pradesh- 233227	
MR N		DEL-P-24-07-0520	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.12	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024.08.12	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL5027, 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)