

DEL-P-21-09-3637

Koshika
foundation
Building block of life



(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION FORM
सहायता हेतु आवेदन पत्र

APPLICATION NO. E/0324/0144

NAME OF APPLICANT
JAMES M. JONES

VERONICA
PRASHANT (FATHER)

FATHER'S SPOUSE'S NAME
 MR. & MRS. J. M. SMITH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHANT (FATHER)
SECTOR ROHINI

IND 55, POCKET 6, SECTOR 6, DELHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 101 JEFFERSON ST

PRIVATE JOB (FATHER)

1,80,000 (FATHER)

PLD No. 2001 0000 0000

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य सौभाग्य)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
 हा मैं आयकर का दाता हूँ (को अपने जो रूप का दाता का चिह्न लगाईं)

YWN / NO
III / 三

[illegible]

BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
☐ OTHER ☐ IRRADIATION ☐ CHEMICAL ☐ BIOLOGICAL ☐ PHYSICAL

आधार का लिए प्रामाणिकता			
BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड की प्रमाणित प्रतिलिपि (आधार पर की जायेगी प्रमाणित की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (आधार पर की जायेगी प्रमाणित की)	Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड (आधार पर की जायेगी प्रमाणित की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 कारण के लिए मदद मांगी जा रही है:

Sl. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING GIVEN FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES
(IN ORDER OF DATE WHEN SUCH ASSISTANCE BEING GIVEN TO THE INDIVIDUAL)

31st March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Veronica- E/0324/0144

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Veronica	Address/ Phone:	H.no. 55, Pocket 6, Rohini courts, Delhi	
MR.N		DEL-P-21-09-3637	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-07	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)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा है:

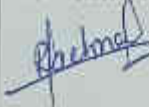
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing treatment liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such 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 for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदनपत्र एवं चल रहे इलाज को खारिज करने के लिए मेरी जिम्मेदारी होगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह प्रार्थना को नहीं है, उस सहायता का अधिकार या सफलता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 my 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 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 बाएँ की उंगली छापकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, जो "कोशिका" द्वारा मेरी सहायता के लिए मांगी गई है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह प्रार्थना को नहीं है, उस सहायता का अधिकार या सफलता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए मांगी गई है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह प्रार्थना को नहीं है, उस सहायता का अधिकार या सफलता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

 (MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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:

- 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.
- 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.

हम यहाँ घोषणा करता हूँ कि हम इस प्रश्न में मांगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त करेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती, तो हम इसे अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त करेंगे।

हम यहाँ घोषणा करता हूँ कि हम इस प्रश्न में मांगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त करेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती, तो हम इसे अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त करेंगे।

हम यहाँ घोषणा करता हूँ कि हम इस प्रश्न में मांगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त करेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती, तो हम इसे अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त करेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7/3/24


Dr. CHHAVI GUPTA
(Name of Dr. & Place, No. with Stamp)
हस्ताक्षर, नाम और पता (संकेत के साथ)


(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के प्रतिनिधि के रूप में अधिकृत हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ट्रस्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ट्रस्टी हस्ताक्षर 2