

DEL-4-21-02-3960

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: E/0824/0146		APPLICATION DATE: 5/8/24		
NAME of APPLICANT: BABY ANANYA KUMARI		AGE-YEARS: 4 YEARS	SEX: FEMALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUDHANSHU (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAIPUR, SAMASTPUR, BIHAR - 248101				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:				
OCCUPATION: FARMER (FATHER)		MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): NA		
TOTAL ANNUAL INCOME: 1,08,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income)		
PAN No.:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	SUDHANSHU	37	MALE	FATHER
2	ANANYA	23	FEMALE	MOTHER
3	BRHMANAND	52	MALE	GRANDFATHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)				
EWS Certificate (Attach Certificate Copy)				
Ration Card (Attach Copy)				
Any Other Basis/Proof				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	DIAGNOSIS - PROCE DURE = RETINOBLASTOMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
NAME of OTHER SOURCE				
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतफहमी एवं कथन असत्य पाया जावे है तो पर्यवेक्षण निष्ठ को ना मंजुरी है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी ही जान रही है, उसका उपयोग करने उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह भर्तन को नहीं है, इस राशि का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर मैं (अर्शदक) अपने सहमत को गृहित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रारूप में जोड़ेंगे हैं: इसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, बायो/फोटो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप को करने का या न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपेक्षित है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदक या हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

Budhanshu Jais. (Father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 माध्यमों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता कोष या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय ऑफर/प्रस्तावित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता कोष या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मंजूर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सहायता कोष या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा जो मदद सहायता का विवरण उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने करने की सभी विम्मेसारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चुपचा या विम्मेसारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/8/24	 Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ophthalmology Services Dr. Shrin's Charity Eye Hospital	 Dr. Shrin Director (Has Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 	

31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Ananya Kumari- E/0824/0146

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Ananya Kumari	Address/ Phone:	Rahepur, Samastipur, Bihar- 848101	
MR N		DEL-G-21-02-3960	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.08	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@sceph.net, Website : www.sceph.net

OTHER CENTRES

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