

DEL-G-19-07-2354

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: E/0324/0150

APPLICATION DATE: 9/3/24

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MAST SHAILESH

आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

6 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMESH KR PAUDEL (FATHER)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NEPAL DANG - KIARD NO-10

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION: LABOURER (FATHER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 72,000 (FATHER)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

हां / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उस पर सही का निशान लगाएं):

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	RAMESH KR PAUDEL	43	MALE	FATHER
2	RAMONA CHIMIRE	38	FEMALE	MOTHER
3	SHUBHADRA	65	FEMALE	GRANDMOTHER
4	SHAYNA	18	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेषा 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)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

No

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE

कौन सी सहायता राशी

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 & original 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 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, 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न में
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान, पूर्ण या अंश, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लूँगा और न ही भविष्य में

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गृहित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, दूर, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के शिर्षक किसी भी माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


 (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 हमसे-लेनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलने या किसी अन्य स्रोत से उभर लेने/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/अनुमति हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भरण उभर लेने/पाने हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही नहीं बताया या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योग्य एवं हस्पताल की ओर से किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में योग्य के इलाज सुझा और करने जाने की सटीक विनियमों को एवं हस्पताल की हानी और "कोशिका" को कोई दुष्प्रभाव या विमोचन इस मामले में नहीं होगा।

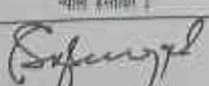
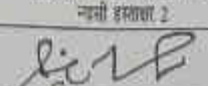
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/3/24	 Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Doctor & Designation, No. with Stamp) Fellow-Orthopaedic & Sports Medicine	 Dr. SINA DAS Head of Department Orthopaedics and Joint Replacement (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	--



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31 March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Shailesh Paudel- E/0324/0150



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Shailesh Paudel	Address/ Phone:	Nepal Dang	
MR N		DEL-G-19-07-2354	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-11	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)