

DEL-G-24-03-5/25

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0324/0156

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/3/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BABY VANSHIKA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

2 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

ANIL (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

PATEL MOHALLA
MADHYAPUTAMPUR
PRADESH

PUNYA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन नंबर

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	ANIL	37	MALE	FATHER
2	SONITA	36	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिश्री रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करें और संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय-व्यय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करें और संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करें और संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य किशोरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

No

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

De.

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रार्थना पर:

- 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/revocation.
- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होता है तो मेरी महसूल रिपोर्ट को वापस ले लिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस राशि का भुगतान या वापस लेना नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदन दान प्रार्थना)

- 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-up/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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करें, मुझे, मेरे परिवार या किसी अन्य व्यक्ति को मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त राशि का उपयोग करने के लिए अधिकृत करें। मेरे प्रारूप का विवरण और इसका उपयोग करने या जारी रखने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रकाशित है और यहाँ घोषणा की जा सकती है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जारी अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप:

सुनीता

(Mother)

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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ घोषणा करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को यहाँ है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति के लिए "कोशिका फांडेशन" द्वारा मदद लेने के लिए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति देता है तो हमें न तो किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल द्वारा रोगी/रोगी के मामले में किसी भी सहायता/उपचार का किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/उपचार विनिर्दिष्ट/अनुमति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का प्रदान किया गया है/किया जाएगा और हस्पताल को जो भी सहायता/उपचार विनिर्दिष्ट/अनुमति की है। हस्पताल द्वारा ही सहायता/उपचार का प्रदान किया गया है/किया जाएगा और हस्पताल को जो भी सहायता/उपचार विनिर्दिष्ट/अनुमति की है। हस्पताल द्वारा ही सहायता/उपचार का प्रदान किया गया है/किया जाएगा और हस्पताल को जो भी सहायता/उपचार विनिर्दिष्ट/अनुमति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

12/4

Dr. CHHAVI GUPTA

(Name of Dr. & Sign. to be With Stamp)
हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसा रखने वाला 1

Sufi

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसा रखने वाला 2

Signature



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31st March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Vanshika- E/0324/0156

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Vanshika	Address/ Phone:	Patel mohalla, Pitampur, Madhya Pradesh	
MR N		DEL-G-24-03-5125	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-18	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 : 011-43528818

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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