

DEL-6-21-12-4358

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION No. :

E/0324/0163

APPLICATION DATE : 20/3/24

आवेदन संख्या :

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

NAME of APPLICANT :

ARMAN

4 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

DILBAHAR (FATHER)

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HNO - 1/2, GANPATI ENCLAVE, NA-FAHAR
DELHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION :

LABOURER (FATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME :

1, 20, 000 (FATHER)

कुल वार्षिक आय

PAN No. : क्या है खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हाँ / 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 सम्बन्ध
1	PRABHU	30	MALE	UNCLE
2	ANJANA	28	FEMALE	MOTHER
3	DILBAHAR	35	MALE	FATHER
4	SARAJ	6	FEMALE	SISTER
5	SURAJ	4	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवेकी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

N/A

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

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञाते हुए और चेतना के साथ

- 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 table 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 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 यहाँ पर सत्य है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जाएगी।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता प्रति "सहायता का उपयोग", मेरी ओर से सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सत्यता प्रति यह भी सत्यता है कि मैं, मेरी ओर से कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही विधि में सहायता प्राप्त नहीं करूँगा।
- AGREEMENT

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कियर)

- 1) 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 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को दबाने पर, मैं (अर्हक) अपने सहयोग को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और मेरे विवरण इस रूप में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दान, न्यासी, एन, वास्तविक रूप से वर्णन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को जिनसे किसी भी प्रकार लाभ में प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रभाव का विवरण में शामिल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहयोग के उपरान्त में प्रेषित है पुनः स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता इस समझ में "कोशिका" दान, उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संकेत से समझाया या संकेत का विवरण

प्रमोदि कुमार

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

- AGREEMENT by HOSPITAL** (इम्प्लॉयड्ड हॉस्पिटल)
- 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 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 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.
- हमारी संस्थान, इम्प्लॉयड्ड हो और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनियमित की जाती है, जिसे हम (इम्प्लॉयड्ड) निम्न प्रकार से धार्य व स्वीकार करते हैं।
- (1) यह कि मैं जो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोतों से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहा हूँ, तो मैं इसे नहीं करता हूँ, क्योंकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि अनुरोध प्राप्त होता है, तो हमें स्पष्ट रूप से कहना होगा कि हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता को दोहराने के लिए अन्य कोई भी स्रोतों से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं।
 - (2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और सुरक्षा के मामले में हमारे पास पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी। कोशिका फाउंडेशन को उपचार और उसके परिणाम और सुरक्षा में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थान

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/3/24	Name of Patient रोगी का नाम Abhishek Kumar Singh (Name of Dr. & Hospital with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व मंड. नं.	Signature of Doctor डॉक्टर की हस्ताक्षर (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत डॉक्टर
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

अनुसूचित जातों के

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम २
	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31 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 Arman- E/0324/0163

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Arman	Address/ Phone:	Nanda Gopal nagar, Najafgarh, Delhi	
MR N		DEL-G-21-12-4358	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-20	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2023-03-21	MRI	6500	1	6500
3	2023-03-24	Customized Ocular Prosthesis	10000	1	10000
		Total			18500

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)