

DEL-CI-24-01-4579.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

महाराष्ट्र राज सरकार

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION NO.
प्रयोग संख्या

E/0324/0166

APPLICATION DATE
प्रयोग की तिथि

19/3/24

NAME of APPLICANT
प्रयोग के लिए नाम

ABHI KUMAR

AGE-YEARS वय-वर्ष

1 YEAR

SEX-SEX

MALE

FATHER'S/RESPONSIBLE NAME
प्रधान के नाम

AJAY KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS
प्रत्यक्ष स्थान का पता

SIKSI, GAHAR WARI, MIRzapur, UTTAR
PRADESH - 244001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS प्रत्यक्ष स्थान का पता



OCCUPATION

DRIVER (FATHER)

MARRIED (प्रधान) / UNMARRIED (अप्रधान) MA

TOTAL ANNUAL INCOME
प्रत्यक्ष सालाना आय

2,40,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(प्रधान की आय का प्रमाणित करें)

PAN No. प्रत्यक्ष सालाना आय

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)
प्रत्यक्ष सालाना आय की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

परिवार की संख्या

Sl. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्रधान के साथ सम्बन्ध
1	AJAY MAMTA	34 27	MALE FEMALE	FATHER MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

प्रत्यक्ष की लिये विभिन्न उद्देश्य

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड सापेक्ष
प्रधान की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ (प्रधान की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ)	प्रधान की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ (प्रधान की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ)	प्रधान की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ (प्रधान की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

प्रत्यक्ष की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ

Sl. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached लम्बातात डॉक्टर के चिकित्सा का प्रत्यक्ष सुनहरा उल्लंघन
1	DIAGNOSIS - TREATMENT -
2	RETINOBLASTOMA CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

प्रत्यक्ष की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ विभिन्न स्रोत से लिया गया है?

No

Sl. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED प्रत्यक्ष की दरकारी का अनुदान दर्शाएँ
	NA	

MIL-STD-883C

DECLARATION by AMERICAN ॲक्स-प्रीमियर नाम

- DECLARATION by APPLICANT:** लाइंस द्वारा दीर्घना 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, if any, 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 यहां सभी दिए गए जाति के बारे में जानकारी को असूझा मान रख चूक हूँ। यही जांच विषय एवं काम का लाभ प्राप्त करना है जो मेरे साथांतर फिरस और जल बढ़ावी है।
 2) मेरे द्वारा की समर्पण गई "कार्यालय-काम-बदली", मेरे लिए जाती है। इसका उपयोग आप दर्शक यीं जूनी भौतिक विकास कामयाना, जो एवं प्राप्ति ने देता नहीं है।
 3) मैं दूसरी कामयाने द्वारा दिए गए जातियों को नहीं हूँ, जो यहां का भागीदार या व्यवस्था विकास की जगह आपनी विद्युत-जीवन कामयानी से पूरा तौर पर लिया है और वही विविध वैदेयी।

AGREEMENT by APPLICANT: (लाइंस द्वारा कारण)

AGREEMENT by APPLICANT (संरक्षण द्वारा, शास्त्र)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 बहाव का सुनियोगकारी नाम अपने को साप साकार, मैं (आवेदक) अपने सहायता की "पुरुष बातों हैं यह" कानूनीकारक संस्करण और उसके लिए पाठी "को अधिकार करता है कि यह जाप, जाग, चोटों और जीवित इस बहाव की सीधी है, इस "कोशिका" प्रयोग जापी, एवं जागजापी द्वारा उद्दरेश्य से युक्त गीतिहासिक और उल्लङ्घनों के लिए जिसे ये प्रभाव जापाने के लिए अधिकृत है। मैं इप्रथा का विवरण भेज देता हूं कि यह मेरी जीवन की जापी वह जाप है जिसे "कोशिका संस्करण" वा जापी अभियान है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे जाप, जाग, चोटों और जीवित जो कि साकार के उद्दरेश्य से अद्यतेहैं युक्त ज्ञाता, सहजता वा एकत्र वही बहाव है जिसे "कोशिका" प्रयोग उसके लिए पाठी किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को उत्तमता या सीधे या निपट

માનવતા

(MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पिताल द्वारा करते)

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 it's 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.

- १) इसमें आधिकार, हस्तांतर के जारी से व्यवस्था-एका का क्रियाशक प्राप्ति-व्यवस्था से विविध सम्बन्धों द्वारा प्रभावित की जाती है। इस इम् (इन्स्ट्रुमेंट) अन्न प्रक्रिया से यान्मा के व्यवहार करता है।

 - २) यह इस दो योग्यताएँ नहीं न ही विविध में विविध चक्रालय किसी गैर ग्राहकों संसाधन या विभिन्न अन्य रूपों से ड्राइव रोली/भारतीय से लेने या यह रोली है, ऐसे कि इसमें “क्रियाकार यात्रान्वेषण” से विवाहित/विवरित उत्तर के सम्बन्ध में “क्रियाकार यात्रान्वेषण” द्वारा स्पष्ट नहीं किया गया है। ऐसे क्रियाकार यात्रान्वेषण द्वारा यात्रालय किसी अधिकार/सम्बन्ध में तुम्हारा नहीं किया जाता है तो अस्थाया किसी अन्य गैर यात्राकारी संसाधन से यात्रा की जाती है अन्य अन्यायालय से यात्रालय के जारी सम्बन्ध में यात्रालय लेने का अधिकार द्वारा दिलाई रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट जाता जाता है कि असाधारण द्वितीय प्रदर्श ड्राइव रोली/भारतीय से नहीं कियो गया अस्थायी संस्था का व्यवहार है तो यह लोगों द्वारा किया जाता है।
 - ३) “क्रियाकार यात्रान्वेषण” में नहीं यात्रालय की विविध प्रक्रिये को है। ऐसी प्रायः इसलालय द्वारा यही यात्रा का यात्रालय का युवान यांगी एवं इसलालय में घोषित का गिराव है तो “क्रियाकार यात्रान्वेषण” द्वारा किसी प्रक्रिया का कोई व्यवहार नहीं है। इसलिए इसलालय में ऐसी के इताल सुना जाए और जान जाने को साठे विवेदिय यांगी एवं उसलालय की होने वाली “क्रियाकार” की कोई यात्रालय का विवेदिय इस यात्रालय में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

नवीकरण के लिए संसदीय

Date of Surgery अंगोरण की तिथि २१/३/२४	 Dr. DHARMEENDRA GUPTA DMCC/B/100745 Name of Doctor sign: Nephrology फेलटर का नाम व हस्पताल में रखा ग.	 Dr. SIMANT PATEL Name of Doctor sign: Nephrology फेलटर का नाम व हस्पताल में रखा ग.
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) गांव के पर हस्पताल अधिकारी		

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

四百九

SIGNATURE of TRUSTEE 1

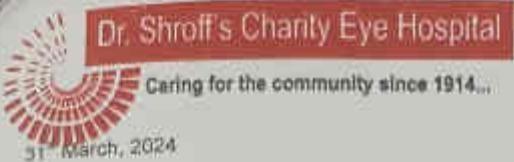
卷之三

Explan

SIGNATURE of TRUSTEE 2

卷之三

8:01 P



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 Abhi kumar- E/0324/0166

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Abhi kumar	Address/ Phone:	Village Sirsi,Gahanwar,District Mirzapur,Uttar Pradesh-231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-21	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2024-03-21	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2024-03-27	Genetic Test	20000	1	20000
4	2024-03-30	EBRT	80000	1	80000
		Total			104500

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)