

DEL-G-24-06-6634



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **E/0924/0166** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **20/9/24**

NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम : **MAST ARPIT RAJAK** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **3 YEARS** SEX लिंग : **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : **ROHIT RAJAK (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
**SHIVPURI, KUNDESHWAR, JAMNAGAR, DISTRICT
TIRAMGARH, MADHYA PRADESH - 472005**

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 सबूत संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो भले हो उस पर सही का विकल्प लकपे): Yes / No 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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	ROHIT RAJAK	25	MALE	FATHER
2	RASHMI	23	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितने आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहीके रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached इलाज/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है? **NO**

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले को)

- 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताने के लिए इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हूँ। यदि कोई विवरण सच नहीं, सत्य नहीं, गलत गलत है तो मैं इस आवेदन फॉर्म को खारिज कर लेता हूँ।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक यकीन "बोधिदा" फंडेशन"; से सहायता प्राप्त होने की बात हूँ। उसका उपयोग केवल "उद्देश्य" के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताने के लिए इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हूँ। भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से वही राशि के लिए सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use my photograph/photocopy of 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 fulfilment 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति प्रकट करता हूँ कि "बोधिदा" फंडेशन और इसके "व्यक्तियों" को "बोधिदा" फंडेशन का नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में प्रकट है, उसे "बोधिदा" फंडेशन द्वारा, कसब-का-कसब उद्देश्य के लिए प्रचारित किया जा सकता है और/या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आवेदन में उल्लेखित हैं, उन्हें केवल "बोधिदा फंडेशन" के उद्देश्य के लिए ही प्रचारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आवेदन में उल्लेखित हैं, उन्हें केवल "बोधिदा" फंडेशन का प्रचारित करने और सहायता देने के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन करने वाले के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप

Robert (father)

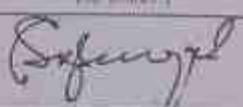
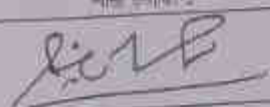
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाले)

- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर करके, हमारा यहाँ पर हमारे मान्यता प्राप्त अधिकारी को "बोधिदा फंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए प्रकट कर रहे होंगे, जो कि हमें "बोधिदा फंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोधित है। यदि "बोधिदा फंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि "बोधिदा फंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता प्रदान करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- 2. "बोधिदा फंडेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर, हस्पताल द्वारा जो भी उपचार या प्रक्रिया निर्धारित की जाती है, वह केवल रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था है और "बोधिदा फंडेशन" द्वारा निर्धारित प्रसार, का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी पर हस्ताक्षर करने वाले को "बोधिदा" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/07/24	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (Name of Doctor, Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ	Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) मैं - के नाम पर (हस्पताल के अधिकृत अधिकारी)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम की हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम की हस्ताक्षर 2 
---	--



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Arpit Rajk- E/0924/0166

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Arpit Rajk	Address/ Phone:	Shivpuri, Kundeshwar, jamadar, District- Tikamgarh, Madhya Pradesh- 472005	
MR. N.		DEL-G-24-06- 6634	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	21/09/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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) • MODI NAGAR • RANIKHET