

MDM-9-24-09-1732

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **E/0924/0171** APPLICATION DATE: **14/9/24**
अर्ज नं.: 14/9/24

NAME of APPLICANT: **MAST TALIM** AGE-YEARS: **4 YEARS** SEX: **MALE**
अर्जकर्त्याचे नाव: 4 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **GUDDU (FATHER)**
वैवाहिक/पत्नीचे नाव: GUDDU (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **VILLAGE: DIPARVA, LAKHIMPUR, NIGAR, PRADESH-262401**
वर्तमान निवास पत्ता: DIPARVA, LAKHIMPUR, NIGAR, PRADESH-262401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **THE SAME AS ABOVE**
स्थायी निवास पत्ता: THE SAME AS ABOVE

OCCUPATION: **LABOURER (FATHER)** MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No): **NA**
व्यवसाय: LABOURER (FATHER) विवाहित (होय/ना) / अविवाहित (होय/ना): NA

TOTAL ANNUAL INCOME: **72,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (सर्व स्रोत एकत्रित करून दाखवा)
एकूण वार्षिक उत्पन्ना: 72,000 (FATHER) (सहोपचारित उत्पन्ना प्रमाण दाखवा)

FAN No. (If any): **None** Are you an income tax assessee? (Tick whichever is applicable): **No**
FAN नं. (असल्यास): None आम्ही आम्ही उत्पन्ना कर करदाता आहोता? (कोणताही लागू असलेल्याचे चिन्ह ठोक): No

FAMILY DETAILS (सहोपचारित)				
Sr. No. (क्र. नं.)	Name of Family Member (सहोपचारित सदस्याचे नाव)	Age (Years) (वय (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (अर्जकर्त्याशी संबंध)
1	GUDDU	30	MALE	FATHER
2	SALISA DAME	32	FEMALE	MOTHER
3	TALIYAN	10 months	MALE	BROTHER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): **None**
सहायता मागण्याचे कारण (कोणताही लागू असलेल्याचे चिन्ह ठोक): None

BPL Card (Attach Card Copy) (कोपीसह जोडण्यासाठी तय करावे): None	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (कोपीसह जोडण्यासाठी तय करावे): None	Ration Card (Attach Copy) (कोपीसह जोडण्यासाठी तय करावे): None	Any Other Basis/Proof (कोणताही तय करावे): None
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **None**
सहायता मागण्याचे उद्देश्य: None

Medical Reports/Prescriptions Attached (सहोपचारित आम्ही जोडलेल्या वैद्यकीय अहवाल/पत्रे)	
Sr. No. (क्र. नं.)	Details (विवरण)
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - PL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: **NO**
एकच उद्देश्यीसाठी सहायता मिळवण्यात येत आहे का? (सहोपचारित सहायता मिळवण्यात येत आहे का?): NO

Sr. No. (क्र. नं.)	NAME of OTHER SOURCE (सहोपचारित सहायता मिळवण्याचे स्रोत)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (सहायता मिळवण्याचे रकम)
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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/cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/business company, of the aid for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है/सही नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज करने या मेरी सहायता रद्द करने का खतरा रहता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/व्यवसाय/कंपनी से वही सहायता नहीं लेना है/लेना है जो कि मैंने इस फॉर्म में सूचित किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 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 this assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप देकर मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी तस्वीर, पता, नाम, पते और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है/किया जा सकता है। इस प्रकार, मेरी तस्वीर, पता, नाम, पते और विवरण को प्रकाशित करने से पहले या बाद में मेरी सहायता को खारिज करने या मेरी सहायता को खारिज करने का खतरा रहता है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को प्रकाशित करने से पहले या बाद में मेरी सहायता को खारिज करने या मेरी सहायता को खारिज करने का खतरा रहता है। इस फॉर्म में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है/किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप
 (Father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
 इसमें अधिलेखित, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत और स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम या हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए या भविष्य में भी, वही सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं है/होती है, जितना कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है/होती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित सहायता पूरी या पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत/व्यवसाय/कंपनी से सहायता प्राप्त करने का खतरा रहता है। इस फॉर्म में सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का खतरा रहता है।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के परिवार का चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के परिवार का किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता को प्रभावित नहीं करता है। अतः, हॉस्पिटल रोगी के चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के परिवार का करेगी और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery आवृत्ति का तिथि 12/09/24	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (Name of Doctor/Physician/Consultant)</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Status of Authorized Signatory Dr. Sima Das of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पद</p>
	<p>हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पद</p>	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए):

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यक्ष (1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यक्ष (2)
	



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Talim- E/0924/0171

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast. Talim	Address:	Village Pipariya, Lakhimpur, Uttar Pradesh-262701	
			Phone:		
MR N		MOM-G-24-09-1732	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	17/09/2024	Examination under anesthesia (EUA)	2000	1	2000
2	19/09/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			8500

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