

DEL-4-23-04-1259

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Hope of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0924/0172

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/9/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST ISHAAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

4 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SUDHAKAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

123, POKHET-II, JHARKHAND, JECOR-A6,
NABHA 110040

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PLUMBER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रदान करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर एकाई हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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	SUDHAKAR	31	MALE	
2	ISHANA	21	FEMALE	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबों के पैसे के पीछे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय और वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोजन कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basic Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मांगे विनोद का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूखें संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

1

DIAGNOSIS-
TREATMENTRETINOBLASTOMA
- ECU

SAGAMID NG

पता

ADDITIONAL NAME

अतिरिक्त नाम

आवेदक का पता (अपने पते पर लिखें)

आवेदक का पता (अपने पते पर लिखें)

आवेदक का पता (अपने पते पर लिखें)

आवेदक का पता (अपने पते पर लिखें)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

No

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

कौन सी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथन):

- 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.
- 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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये जाने वाले सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। कोई भी झूठा कथन मेरे प्रकरण को खारिज कर देगा है।
- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता के लिए नहीं माँगा है, क्योंकि मैंने अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त की है।
- मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने सहायता से प्राप्त की गई राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न मिले बिना ही और न ही किसी भी अन्य स्रोत से सहायता के लिए माँगा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)

- 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 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करें, कथन/प्रमाण पत्रों के माध्यम से मुझे जानकारी दे सकें और जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका उपयोग करने के लिए या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत हूँ।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोतों से प्राप्त नहीं किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी द्वारा प्रसारित नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप)

शशिनी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The 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 पर अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता से प्राप्त करने के लिए, जिस हम (हस्पताल) विनम्रता से सहायता माँग रहे हैं।

- 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता के लिए माँगा जायेगा, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम यह कथन करते हैं कि हमारा प्रमाण पत्र केवल वित्तिय सहायता के लिए माँगा जायेगा, न कि किसी भी अन्य सहायता के लिए।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तिय सहायता है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा चिकित्सक का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा यहाँ पर प्रमाण पत्र केवल वित्तिय सहायता के लिए माँगा जायेगा, न कि किसी भी अन्य सहायता के लिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(स्वीकृति के लिए अनुमति)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/9/24	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100735 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पंजीकृत नंबर	Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Dr. Sima Das हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पद
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 Safaryal	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 Safaryal
---	---

30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mast Ishan- E/0924/0172

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name		Mast. Mast Ishan	Address/ Phone	173, Pocket-11, Janta flats, Sector- A6, Narela-110040	
MR N		DEL-G-23-04-1259	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1.	14/09/2024	Examination under anesthesia (EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sina 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 • LAHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET