

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
आवेदन हेतु आवेदन प्रारूप

 Koshika
foundation
Building block of life

21	22	23	24
----	----	----	----

LEX 500

4 YEARS

LEX 500

Females

MANTASHA

MUAD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: श्रीमती आर्यादेवी प. न.

TUNBLAKA (112), MEWAT, HARYANA-122508

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1011 10TH AVE NW

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

279

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(આપેલા માસિક મેલન)

PAN No. AAHAT5888R (Tick whichever is applicable)
☐ AN INCOME TAX ASSESSEE ☒ AN INCOME TAX EXEMPTED ENTITY

You / No
71 / 50

FAMILY DETAILS पतिव्रत विवरण

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 भाग्यता के लिए विनम्र आभार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है।

Sl. No. क्र.सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:-
 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण एन काल अथवा गलत साबित पाया जाये तो मेरे महापत्र निरस्त की जा सकते हैं।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया है और न ही भविष्य में लूना।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना रद्दपाठ हेतु यह प्रत्येक को यह है, जो दाता का अधिकार या संभव विमर्श किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)
 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 resuming 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 is the final and acceptable to me.
 1) इस रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एन, पब्लिश/या दूसरे माध्यम में मुझे भविष्य में और/या कभी-कभी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे रूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या मद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर/अन्य भविष्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



(LT OF MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)
 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 its 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.
 हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से सम्बंधित को "कोशिका फाउन्डेशन" में भविष्य सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में भविष्य सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/मिलती हेतु मन्त्र नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस रूप में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता भौतिक भविष्य प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जारी करने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 23/3/24

Dr. CHANDRA SINGH
 DMCO-100245
 (Name of Dr. & Designation with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. SIMPLI
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature of Trustee 1]

[Signature of Trustee 2]



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

31 March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mantasha- E/0324/0172

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mantasha	Address/ Phone:	Tundiaka, Mewat, Haryana- 122508	
MR.N		DEL-G-23-06-1137	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-23	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2024-03-23	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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