

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

 **Koshika**
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. 2
MAY 1981

E	0924	0181
---	------	------

APPLICATION DATE: 9/9/24
 मोदीजी सिंह

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

BABY SANVI

AGE-YEARS 1979-1984

25X 11/11

34 YEARS

Females

FATHER/SPOUSE'S NAME :
निता/पदुम का नाम

LT PARVEEN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KAITIYA, HARVANA - 132027

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : पुणे वाचनालय पुणे

OCCUPATION:
UNEMPLOYED

LABOURER (GRANDFATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

96,000 (GRAND FATHER)

MARRIED (विवाहित) / ~~UNMARRIED (अविवाहित)~~ N/A

PAN No.

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
はい / いいえ

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किसे आधार

सहायता के लिए किमत जांचें			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी स्वयं प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 75 वर्ष कम आय पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहाय्यात ठेवू शकिये मग स्थिती का बदलण:

[illegible]

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी मद सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में मैंने जो सब जानकारी दी है, सब सच है। यदि कोई झूठा बयान दूँ, तो मेरा आवेदन तथा मेरा सहायता प्राप्त होना ही नहीं होगा।
- 5) मैं इस बात की घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा, "जो इस प्रमाण पत्र में मैंने बताया है।"
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता से किसी भी तरह का भुगतान या सेवा प्राप्त करने के लिए अन्य कोई/किसी/किसी कंपनी से सहायता नहीं मांगी है और न ही मांगूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 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.
- 3) इस प्रमाण पत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद लोगों" को अधिकृत किया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रमाण पत्र में जोड़ा है, उसे "कोशिका" नामक पत्रिका, पत्र, वक्तापत्र, दूरदर्शन से जुड़े कार्यक्रमों और इन्फोर्मेशन के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैंने या मेरे द्वारा जो कुछ "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी सहायता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका" के दस्तावेजों में शामिल है, मुझे इससे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रेषित दस्तावेजों का निर्माण और प्रसारण मेरा अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं अंगूठा छाप:

Vivek

(UNCLE)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 की ओर, से अनुमति/स्वीकृति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) सिर्फ वित्त से सहायता मांग रहे हैं।
- 1) कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वित्त मांगी/प्राप्त करने में सक्षम हो रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्त मांगी/प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/अपूर्ण है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज के साथ हमारा मत है कि वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय होती है। हमारे पास हस्पताल द्वारा ही सहायता का चुनाव होता है। हमारे पास सहायता का चुनाव होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और सही करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे पास हस्पताल की होती हैं। "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारी हमारे पास नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/7/24

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
(Name of the Surgeon/Doctor)

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
(Name of the Surgeon/Doctor)

Dr. SIMA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Ophthalmologist/Physician
Superior Vision & Eye Care Department
Phone No. 00221

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्र उपयोग हेतु: Dr. Chhavi's Charity Eye Hospital

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोसेमंद व्यक्ति 1

Sig

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोसेमंद व्यक्ति 2

Sig



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Sanvi Sanvi- E/0924/0181

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby Sanvi		Address/	Kaithal, Haryana- 132027	
			Phone:		
MR N	DEL-P-22-02-0022		Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	10/09/2024	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

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