

DEL-4-23-04-5147

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika FOUNDATION Building block of life		
APPLICATION No.: E/0924/0184		APPLICATION DATE: 2/9/24		
NAME of APPLICANT: MAST SAGAR GUPTA		AGE-YEARS: 2 YEARS	SEX: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LT DHARMENDRA (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>JUNGLE JAGDISHPUR, DISTRICT - KUSHINAGAR,</u>				
<u>UPPRA PRADHAN-241304</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>समाई जगन्नाथ पाला</u>				
OCCUPATION: PENSIONER (GRANDPARENTS)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA		
TOTAL ANNUAL INCOME: 72,000 (GRANDPARENTS)		(Attach Proof of Income)		
PAN No. <u>XXXX XXXX XXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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 आवेदक के साथ संबंध
1	RAJENDRA	34	FEMALE	MOTHER
2	VANDANA	13	FEMALE	SISTER
3	ANUPAMA	7	FEMALE	SISTER
4	ROHINI	6	FEMALE	SISTER
5	JAYKARAN	54	MALE	GRANDFATHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिये विवर्तित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किसे गये विवर्तित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - RETINO BLASTOMA			
2	TREATMENT - ECU			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? NO				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी गई सहायता राशी		
	NA			

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- I hereby confirm that all details in this Form are True in 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी में सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी आवेदन-पत्र और जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद माँगी है, उसका उपयोग केवल घोषणा की गई उद्देश्य के लिए ही करना चाहता हूँ।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने, भविष्य में भी, या किसी भी प्रकार, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, उस मदद के लिए या किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए, जो "कोशिका फाउंडेशन" से माँगी है, कोई भी रिफंड या अन्य प्रकार की सहायता नहीं माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 fulfilment 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 प्रश्न पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ, जिसके माध्यम से वे "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा, मेरी मदद के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का छाप:

- Right thumb.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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:
- I 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.
- 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.

यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

- "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए अनुमति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

(Name Designated as Authorised Signatory)

Dr. Shashi Chandra Eye Hospital

पता: ११, कल्याण नगर, कोलकाता

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

5/9/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100745

(Name Designated as Authorised Signatory)

पता: ११, कल्याण नगर, कोलकाता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: ट्रस्टी १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: ट्रस्टी २

[Signature]

[Signature]

22nd September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Sagar Gupta- E/0924/0184

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Sagar Gupta	Address/ Phone:	Jungle jagdishpur, Padrauna, District- Kushinagar, Uttar Pradesh-274304	
MRN		DEL-G-23-04-5147	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	05/09/2024	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