

Del-4-20-10-2895

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		E/0924/0187		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 1/9/24	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		BABY SANIYA		AGE-YEARS आयु-वर्ष :	SEX लिंग :
				10 YEARS	FEMALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : RABED (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता BENUABARI, IDALGARI, ASSAM-784523					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता					
OCCUPATION : व्यवसाय : LABOURER (FATHER)				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : NO	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 96,000 (FATHER)				(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. स्पष्ट रूप से संलग्न					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध	
1	LUCKY	20	FEMALE	MOTHER	
2	RABED	35	MALE	FATHER	
3	SIMIR	12	MALE		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कितनी आधार					
SPL Card (Attach Card Copy) राश्वी रीखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करें)	
Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लाने बिना का उद्देश्य:					
Sr.No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA				
2	TREATMENT - SCL				
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		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता जारी		
	PA				

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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया है तो मेरी सहायता निरास हो या नकार दी जाए, फर्कते और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को निरस्त करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास नहीं किया जाएगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार के रिफंड या अन्य सहायता से इनकार नहीं किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार के रिफंड या अन्य सहायता से इनकार नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबाल)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

1) इस प्रश्न पर आवेदक द्वारा कबाल करने के बाद, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके सचिवों को मेरी तस्वीर, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को निरस्त करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास नहीं किया जाएगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के रिफंड या अन्य सहायता से इनकार नहीं किया जाएगा। इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार के रिफंड या अन्य सहायता से इनकार नहीं किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा का निशान

L2KPI

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबाल)

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.

इससे स्पष्ट है, हमारे पास (हस्पताल) किसी भी प्रकार के रिफंड या अन्य सहायता से इनकार नहीं किया जाएगा।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार के रिफंड या अन्य सहायता से इनकार नहीं किया जाएगा। यदि 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.

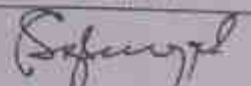
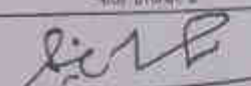
2) "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय मेरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी को इसका सुझाव और करने वाले की सारी जिम्मेदारियाँ मेरी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का निर्णय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/1/24	Dr. CHIRVI GUPTA Adjunct Consultant, Oncology and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shree D. C. Gupta Hospital (Stamp) रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर व चिह्न	Dr. SIMA DAS Director Oncology and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shree D. C. Gupta Hospital नाम व पर हस्ताक्षर और चिह्न
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रथम हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीय हस्ताक्षर 2 
---	--



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Saniya Saniya- E/0924/0187

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

Name		Baby. Saniya Saniya	Address/ Phone:	Bengabari, Udalguri, Assam-784523	
MR-N		DEL-G-20-10-2895	Age/Sex	10 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	02/09/2024	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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET