

DEL-4-23-07-4206

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
FOUNDATION

Building Block of life.

APPLICATION No. / शीट नं. : E/0924/0190

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 25/9/24

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: MAST KARTIK

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 5 YEARS
SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-पति का नाम: DHANVEER (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: VILLAGE / ग्राम: ISHORIA, DISTRICT / जिला: SHAMSHADPUR, PIN / पिन: 243205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक कुल आय: 84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आय कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर आपका लागू है (को मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी से संबंध
1	DHANVEER	35	MALE	FATHER
2	NEELAM	24	FEMALE	WIFE
3	HIMANSHU	5	MALE	BROTHER
4	JAGVIR	45	MALE	UNCLE

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

BPL Card (Attach Card Copy)
बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)
एडवोकेट का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy)
राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof
अन्य आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विवेक एवं विवृति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS TREATMENT - RETINOCYSTOMA SOA

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है/नहीं

NO

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / लेने का राशि (₹)
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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/termination.
 - 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही सचकोटी हैं। कहीं कहीं क्लिक एवं कथन असत्य तथा गलत है। कहीं कहीं असत्य क्लिक भी हो सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से ही हीन किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता से कुछ अन्य सहायता को नहीं है, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किया है और न ही भविष्य में किया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निम्न प्रकार से (अर्शक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दूर, वास्तविक रूप से उद्देश्य के पूर्ण पूर्ण विवरणों और उपलब्धियों के माध्यम से किसी भी माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम का विवरण मेरे इलाज के पूर्ण रूप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगना है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है उसे सहायता का अर्थ में नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उक्त सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठी का निम्न

(Signature) (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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:
- 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/procedures 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 हस्ताक्षरों को अंगूठी से अंगूठी/अंगूठी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जैसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रपत्र में पता न मांगना चाहते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य मामले में उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग रहे हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सहायता प्राप्त कर सकते हैं। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिली है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता से कोई भी सहायता से नहीं मांगनी चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त सहायता द्वारा ही हीन किया जायेगा। सहायता/उपचार का चुनाव रोगी या हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए सहायता से रोगी को इलाज मुक्त और सही जाने की जारी दिशानिर्देश जारी रखें। हॉस्पिटल को हॉस्पिटल और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की विधि सौंपित	
<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Ophthalmology and Ocular Oncology Services. Regd. No. 100745 (Name of Dr. & Charly Not with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर या चिह्न दें</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Regd. No. 100745 (Name of Hospital) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital रोगी या रोगी/रोगी के नाम व हस्ताक्षर/अंगूठी/चिह्न दें</p>

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kartik Kumar- E/0924/0190

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

Name	Mast. Kartik Kumar		Address:	Village Ohria, District Shahjahanpur, Uttar Pradesh-243205	
			Phone:		
MR N	DEL-G-23-07-4205		Age/Sex	3 years	Male
S.No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	27/09/2024	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: 011-43528516

E-mail: sceh@sceh.net, Website: www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • KANSHET