

DEL-9-21-03-0390



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आस्था देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : E/0924/0191 APPLICATION DATE : 25/9/24

NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम MOST KUSHABH SAHU AGE-YEARS : 5 YEARS SEX : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम PAWAN KR SAHU (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
MEHRADI PUR BALAOLI, NEAR KOTA PUSHPAK,
RAJASTHAN - 305022

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय GYM TRAINER (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 1,40,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. : 28 अक्षरों वाला संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes / No 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 से क्या संबंध
1	PAWAN	30	MALE	FATHER
2	NIHA	28	FEMALE	MOTHER
3	RAVI	30	MALE	UNCLE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अलग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	Any Other Bank/Proof जन्म कर्तृ प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये बिजली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन नुसार संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - EOH

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
	NI	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक को भरना है):

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 revocation/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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया है तो मेरी सहायक निधि को खारिज कर दिया जा सकता है।

2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण रूप से ही हीता किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी तरह से अपने खर्च को नहीं हटाऊँगा, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो किया है और जो कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/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 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 is the "final" and will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अपने बाएँ हाथ के अंगूठे के निशान (आवेदक) लगाकर, मैं यहाँ पर सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉ. चहावी गुप्ता द्वारा दूरस्थ से दूरी-निर्धारित की गई सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकारी को "कोशिका" एम्प्लॉयर्स द्वारा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के उल्लिखित हैं, इस प्रकार से प्रसारित कर सकते हैं कि "कोशिका" एम्प्लॉयर्स द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

चहावी गुप्ता (FATHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करना)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी को जोड़ने से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

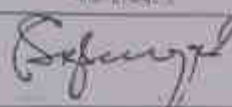
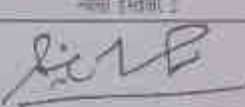
1) यह कि हम या हमारा कोई भी अधिकृत अधिकारी किसी भी प्रकार की सहायता से वित्तीय सहायता के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/निधि प्राप्त करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/निधि नहीं मांगेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/निधि नहीं दी जाती है, तो हमारा हॉस्पिटल अपने आप से या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो किया है और जो कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इच्छित उपचार और उनके नाम से जो भी किया/करा जायेगा वह हॉस्पिटल का होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>27/7/24</p>	<p></p> <p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant (Name of Dated Registrar Society, Services) इसका रजिस्ट्रार नंबर No. 200745 है। Dr. Shree's Charity Eye Hospital</p>	<p></p> <p>Dr. SIVADAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Oculoplastic Surgeon & Hospital Services Director (Medical) & Director of Hospital</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक को नहीं दिखाना है)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
---	--



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 Caring for the community since 1922

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

10th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kushabh Sahu- E/0924/0191

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Kushabh Sahu		Address	Mehndi pur bataji, near kota pushar, Rajasthan- 305022	
MR N	DEL-G-21-03-0390		Phone:		
			Age/Sex	6 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 : 011-43528816
 E-mail : scoeh@scoeh.net, Website : www.scoeh.net.

OTHER CENTRES