

MDM-4-21-11-0418

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **E/0924/0198** APPLICATION DATE: **25/9/24**

NAME of APPLICANT: **BABY AYUSHI** AGE-YEARS: **4 YEARS** SEX: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **RAJESH (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **BHAWAL KHEDA, DITAR PRADESH-249306**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **सही आधारित नहीं**

OCCUPATION: **PRIVATE JOB (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME: **1,56,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income)

PAN No. **नहीं है** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No

FAMILY DETAILS - परिवार (विभाग)				
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	RAJESH	37	MALE	FATHER
2	JYOTI DEVI	35	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य अंगूठे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यवस्था कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु किसी भी विधियों का उद्देश्य:**

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

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: **No**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सही हुई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दाता सेनापति:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्राप्त प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से न तो वर्तमान या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी प्रकार से सहायता के लिये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दाता सेनापति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदन दाता सेनापति) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिये ही, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो/छाया चित्र आदि के माध्यम से सहायता के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी प्रस्ताव में प्रस्तुत है और मेरे द्वारा मेरे नाम "कोशिका फाउंडेशन" से नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदन दाता सेनापति) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के सहायता के लिये ही प्रसारित है। प्रस्ताव दाता सेनापति को प्रस्ताव इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन दाता सेनापति का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप



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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से पता व अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये प्रस्तावित है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये प्रस्तावित है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छा अनुसार ही चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को करने और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिये सेनापति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
(Name, Designation & Signature of Authorized Signatory)
Dr. Shreshth Das
जन्म तिथि: 15/05/1985

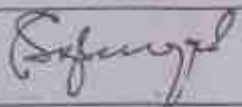
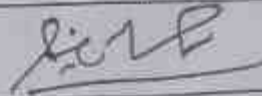
Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Road No. 100745
(Name, Designation & Signature)
हस्ताक्षर का नाम व इच्छा व पते व

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
27/7/24

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(आवेदन दाता सेनापति)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(आवेदन दाता सेनापति)



20th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Ayushi- E/0924/0192

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby, Ayushi		Address/ Phone:	Bhawal kheda, Uttar pradesh-242306	
MR.N	MON-G-21-11-0418		Age/Sex	4 years	Female
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: scoh@scoh.net, Website: www.scoh.net

OTHER CENTRES