

DEL-G-23-06-4543

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : E/0924/0195

APPLICATION DATE : 25/9/24

NAME of APPLICANT : MAST SURVA RAJ

AGE-YEARS : 2 YEARS

SEX : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SACHIN KR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :

WARD No. 03, MOHANPUR, SAHARSA,  
Bihar - 851208

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :



OCCUPATION : TEACHER (FATHER)

MARRIED (जिम्मेदार) / UNMARRIED (अजिम्मेदार) : NA

TOTAL ANNUAL INCOME : 1,80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)  
(आप का साला सलाना)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हम आप आय कर दाता है (को मान्य हो हम पर सही का निशान लगाये)

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	SACHIN	28	MALE	FATHER
2	BARU	21	FEMALE	MOTHER
3	KUNDAN	65	FEMALE	GRANDMOTHER
4	GHYAT	31	MALE	GRANDFATHER
5	MARJUM	25	MALE	UNCLE

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

<p>BPL Card (Attach Card Copy) पोली रकम के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की जमा प्रति संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - [Blank]

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

NO

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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/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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन असत्य पाया जावे, है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं प्रपत्र में उल्लेख गति "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आगे के भविष्य में भी, इस राशि का अधिक या समतल किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/cublish/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 it's 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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, जन, पत्रिका/पत्र इसके उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया भी प्रचार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे कथन का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोक्त अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लेख है, पुष्टि, स्वयं, प्रसारण का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Jharan Singh* (Uncle)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी गतिविधि/उपलब्धि हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच कर लिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुनिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 26/09/24	DR. CHRAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (Name of Hospital/Primary Eye Hospital) डॉक्टर का नाम व इलाज का विवरण	Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical & Surgical Department (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) डॉ. सिमा दास नाम व पद इलाज के अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोक्त इलाजकर्ता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोक्त इलाजकर्ता 2
	



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Surya Raj- E/0924/0195

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Surya Raj	Address/ Phone:	Ward no. 07, Mohanpur, Saharsa, Balwahat, Bihar - 851206.	
MR N		DEL-G-23-06-4543	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	26/09/2024	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

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