

DEL-G-20-01-5327

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		<b>(Healthcare)</b> (स्वास्थ्य सेवाप्रदान)		
APPLICATION No. : <b>E/0924/0196</b> आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : <b>25/9/24</b> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : <b>BABY ISHIKA</b> आवेदन करने वाले का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष <b>5 YEARS</b>	SEX लिंग <b>FEMALE</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>AMIT SAINI (FATHER)</b> पिता/पति/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <b>2-29, NARAYAN VIHAR, PREM-NAGAR-2</b> <b>DELHI-110086</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION : <b>PRIVATE JOB (FATHER)</b> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / <del>UNMARRIED</del> (अविवाहित) <b>NA</b>		
TOTAL ANNUAL INCOME : <b>1,80,000 (FATHER)</b> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. : <b>स्थायी खाता संख्या</b>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)				
		Yes / No हाँ / नहीं		
<b>FAMILY DETAILS - परिवार विवरण</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अपनेक के साथ संबंध
1	AMIT	31	MALE	FATHER
2	ADVA	30	FEMALE	MOTHER
3	ANI	3	MALE	BROTHER
<b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b> सहायता के लिये निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) लोको रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> सहायता हेतु किसे गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविस्क्रिप्ट सूची संलग्न			
1	<b>DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA</b> <b>TREATMENT - ECA</b>			
<b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b> इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?				
<b>Mo</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED को गई सहायता राशि		
<b>NA</b>				



**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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/termination.
- 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच सच हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन प्रस्तुत किया जायेगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता नहीं ली है, न ही भविष्य में ली जायेगी, जो कि किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जा सकती है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी अपने व्यय को किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नही लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, मुझे प्राप्त करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, मुझे प्राप्त करने के लिए किया जा सकता है।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

*Ruba Sami*

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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- हमारा अधिकृत अधिकारी, हस्पताल की ओर से आपकी सेवा के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने के लिए तैयार हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए तैयार हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>26/9/24</p>	<p><b>Dr. OHMAI GUPTA</b> Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (M.S. Srirang &amp; Regt. Medical Stamp) ऑपरेशन की तारीख 26/9/24</p>	<p><b>Dr. SIMA DAS</b> Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) सिमा दास</p>
---	--	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Ishika- E/0924/0196

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Ishika	Address/ Phone:	Z-29, Narayan vihar, Prem-nagar -2, Delhi-110086	
MR N		DEL-G-20-01-5327	Age/Sex	5 years	Female
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