

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(आरोग्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0924/0198**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **23/9/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **MAST ALOK**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **54 YEARS**

SEX / लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **ANIL (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

SHARADPUR, DIGDARA, BIHAR - 841207

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: **VEGETABLE SELLER (FATHER)**

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (ननिकाहित) **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **96,000 (FATHER)**

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

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी को निशान लगायें)

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 के साथ संबंध
1	ANIL	30	MALE	FATHER
2	REKHA	26	FEMALE	MOTHER
3	AMAN	2	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINAL DYSPLASIA
2	TREATMENT - EEA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सच्चे जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत बताते हैं तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जायेगा, जो इस फॉर्म में सच बताया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बिमा कंपनी से न तो रिफंड ले और न ही सहायता ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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".

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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, एच. आर. या कक्षा/दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिले किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अक्षयकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

प्रदीप शर्मा (Father)



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.

- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी या मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मिलेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिए या अन्य स्रोत से। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/असिफारिश/सिफारिश हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमसे अधिकृत, हमें सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा ही मन्तव्य नहीं किया जायेगा कि सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सही प्रकार का चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर को अंतिम और पूर्ण जिम्मेदारता होगी। इससे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इच्छा सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारता होगी एवं हस्ताक्षर को हस्ताक्षर और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सिफारिश ही हमसे मिलेगी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/9/24	 Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (Name, Designation & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व नंबर	 Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular Oncology Services Director, Medical Evaluation Department (Name, Designation & Regd. No. of Authorised Signatory) Dr. Shashi Chatterjee (HSP Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	---



30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Alok Kumar- E/0924/0198.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Alok Kumar		Address/ Phone:	Bhairapur, Digwara, Bihar-841207	
MR N	DEL-C-21-06-0826		Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/09/2024	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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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