

DEL-6-21-02-3960

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1124/0235

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/11/24

NAME of APPLICANT:

अवेदक का नाम

BABY ANANYA KUMARI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

4 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SUDHANSHU (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAHEPUR, SAMASTPUR, BIHAR - 848101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 अवेदक के साथ संबंध
1	SUDHANSHU	23	MALE	FATHER
2	ANAMIKA	23	FEMALE	MOTHER
3	BHAKMANAND	52	MALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितने आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)सर्वोच्च रखा 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 साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विषयों का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

वैद्यकीय/प्रातिपत्र संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

2. TREATMENT - EUA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

को गई 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 expense for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही-सच्चे हैं। कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन और जारी की गई सहायता को खारिज करने का कारण बन सकता है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो आंशिक रूप से और न ही पूर्णतः मेरे लिए

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 its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस रूप में अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को स्वीकार करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को स्वीकृत किया है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रसारित हों, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर-दूर तक या अन्य किसी भी माध्यम से सूचीबद्ध और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए स्वीकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता को प्रसारित करने के लिए स्वीकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना कोशिका फाउंडेशन को सहायता देने की प्रक्रिया है। मैं स्वीकार करता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन को इस सहायता को प्रदान करने का अधिकार है। मैं स्वीकार करता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम और विवरण का उपयोग करने का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप)

Anamika Kumari

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल 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 its 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 outcome 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे स्वीकृत, हमारा स्वीकार है कि हमें इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जब तक (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने में सक्षम नहीं होता है।

- 1) वह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः अस्वीकार की जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार है। इससे स्वीकार करने का अर्थ है कि कोशिका फाउंडेशन को इस सहायता को प्रदान करने का अधिकार है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार प्रदान करने का फैसला या किसी भी अन्य प्रक्रिया का प्रभाव कोशिका फाउंडेशन से रोगी को प्रदान की गई सहायता और उनके नाम के साथ किसी भी प्रकार के सहायता को प्रदान करने से नहीं प्रभावित होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/11/24

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant

(Name of Dr. Chhavi Gupta)
हॉस्पिटल का नाम व इलाका

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. SIMA DAS
Director

(Name of Dr. Sima Das)
हॉस्पिटल का नाम व इलाका

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

नवमी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

नवमी हस्ताक्षर 2

[Signature]



30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Ananya Kumari- E/1124/0235

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby. Ananya Kuman		Address/ Phone:	Rahepur, Samastipur, Bihar- 848101	
MR.N	DEL-G-21-02-3960		Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/17/2024	EUA(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