

DEL-9-20-01-5327

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/1124/0239** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **25/11/24**

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम: **BABY TSHIKA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **5 YEARS** SEX / लिंग: **FEMALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **AMIT SAINI (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **2-29, NARAYAN VIHAR PREM NAGAR-2 DELHI - 110026.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1,80,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन नंबर: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 / आवेदन करने वाले का संबंध
1.	AMIT	31	MALE	FATHER
2.	RUPA	30	FEMALE	MOTHER
3.	ANI	03	MALE	BROTHER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पतरीले रेशम से लेके प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में अलग करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में अलग करके अलग करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में अलग करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लगे विवरण का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
 अस्पताल/डॉक्टर से जटने को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr No / क्रम संख्या	
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA TREATMENT - EVA
2.	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? **NO**

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

DECLARATION by APPLICANT (सहजक द्वारा किया गया):

- 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 rescission/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 being requested.
- 4) मैं यथासक्त बता रहा हूँ कि इस प्रस्ताव में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथित तथ्य सच नहीं होता है तो मेरी सहजकता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यथासक्त अपने "बॉलिवुड फाउंडेशन", से भी को नहीं हूँ, उसका प्रस्ताव उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये दिखाने वाला, जो इस प्रस्ताव में था।
- 6) मैं यथासक्त यह भी कह रहा हूँ कि मैंने कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहजक द्वारा किया गया):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- 3) इस प्रकार मैं अपने सहजक या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहजकता को पुष्टि करता हूँ कि मैं "बॉलिवुड फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और मेरा चित्रण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जो "बॉलिवुड" द्वारा जारी की जा सकने वाली दवाइयों, उपकरणों, सेवाओं, प्रशिक्षणों, कार्यक्रमों को लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे प्रस्ताव में प्रदान की जा चुके है। मैं (आवेदक) को "बॉलिवुड फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्रण और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है और इसका उपयोग इस उद्देश्य के लिए "बॉलिवुड" द्वारा जारी की जाने वाली दवाइयों, उपकरणों, सेवाओं, प्रशिक्षणों और कार्यक्रमों के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

सहजक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Deindari (grandfather)

AGREEMENT by HOSPITAL (सहजक द्वारा किया गया):

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- 3) मैं (हॉस्पिटल) यहाँ पर अपने अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा "बॉलिवुड फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार करता हूँ, कि मैं (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने में सक्षम न हो सकूँगा।
- 4) मैं (हॉस्पिटल) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि मैं (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्त प्रदान करने में सक्षम न हो सकूँगा। यदि "बॉलिवुड फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो मैं (हॉस्पिटल) को अपने अभाव से वित्त प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
- 5) "बॉलिवुड फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी या मेरे उपचारकर्ता के बीच का विचार है और "बॉलिवुड फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी वित्त प्रदान करने का कोई भी प्रस्ताव नहीं है। इसलिए "बॉलिवुड फाउंडेशन" से प्राप्त वित्त प्रदान करने का कोई भी प्रस्ताव मेरी या मेरी उपचारकर्ता के बीच का विचार है और "बॉलिवुड" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>09/11/24</p>	<p><i>Chhavi</i></p> <p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name of Dr. & Regn. No: <u>Shri Shree</u> / <u>MP0745</u>) हस्ताक्षर का नाम: <u>Dr. Shri Shree Charity Eye Hospital</u></p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology Services (Name, Designation & Strength of Authorised Signatory Regn. No: <u>Shri Shree</u> / <u>MP0745</u>) हस्ताक्षर का नाम: <u>Dr. Shri Shree Charity Eye Hospital</u></p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sufan</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Shri</i></p>
---	--



30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Ishika-E/1124/0239

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-110088	
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	11/28/2024	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

OTHER CENTRES

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