

DEI-4-20-10-2895

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/1124/0243		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 15/11/24	
NAME OF APPLICANT / आवेदन का नाम: BABY SANIYA		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 10 YEARS / SEX / लिंग: FEMALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: RABED (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: BENGABARI, UDALGURI, ASSAM - 781023			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:			
OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. / पैन नंबर: [Blank]			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर खींचें का निशान लगाएं): 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
1.	LUCKY	30	FEMALE
2.	RABED	32	MALE
3.	SUMIR	12	MALE
Relation with Applicant / आवेदन के साथ सम्बन्ध			
			MOTHER
			FATHER
			BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि: आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / तयारी कार्ड की 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) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:			
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? NA			
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 (आवेदक द्वारा घोषणा)

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 voidable for rescission/cancellation.
 1) 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.
 2) 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 सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बनकर सत्य प्राप्त होता है तो मेरी मांग/प्रार्थना सही की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी चीज की क्षतिपूर्ति ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित करें, जो "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, वक्ताओं द्वारा इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम हैं। मेरे नाम का उपयोग मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि, फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है मुझे सहायता का फैसला नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT-THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप

L. R. K.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जांच के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में मान्यता दे रहे हैं:

1) यह कि - मैं (हस्पताल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारणों से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करी-छोड़ने के लिए या न ले रहे हैं, बल्कि कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के कारण मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी को नहीं दी जाती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत/रोगी सेवाओं या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रश्न में स्पष्ट कहा जाता है कि फाउंडेशन किसी भी तरह से सहायता हेतु किसी भी सकारात्मक कारणों से किसी अन्य स्रोत से नहीं ले-छोड़ेंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किने-लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने तक सहायता के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी को सहायता सुरक्षा और अपने-आपे की पूरी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/11/24

Dr. CHIRAN GUPTA
Advanced Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
(Name of Dr. & Regn. No. *Regd. No. 00745*)
हस्पताल का नाम व *Dr. Chiranjit Chatterjee Charity Eye Hospital*

Dr. Smita Das
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Regd. No. 00304
हस्पताल का नाम व *Dr. Smita Das Charity Eye Hospital*

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक हस्ताक्षर 2

S. K. S.

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Saniya Saniya- E/1124/0243

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby: Saniya Saniya		Address/ Phone:	Bengabari, Udaiguri, Assam- 784523	
MR N	DEL-G-20-10-2895		Age/Sex	10 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	17/11/2024	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**

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