

DEL-4-22-04-1282-

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/1124/0244 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 18/11/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : BABY SUPRIYA AGE-YEARS आयु-वर्ष : 4 YEARS SEX लिंग : FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : ARVIND SAH (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : VILL. PANCHAM, PO - KATMU, BILHAMPUR, SHARKHANDA - 822132

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :

OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  UNMARRIED

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

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : XXXXXX  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर चिह्न का निशान लगाएं) :  Yes / हाँ /  No / 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 से संबंध
1	MAMTA	26	FEMALE	MOTHER
2	ARVIND	32	MALE	FATHER
3	PRIYA	06	FEMALE	SISTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / परिवारिक रक्षा के नीचे प्रत्यक्ष पता (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसी यथे विवर्ती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	<u>DIAGNOSIS - RETINORBLASTOMA</u>

**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
	<u>NA</u>	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा यथा:

- 7) 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का रहा है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रबंधन नहीं करूँगा, जो अन्य स्रोतों का आर्थिक सहायता प्रदान करता है जो अन्य स्रोतों/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त हो रहा है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यात्रा, भ्रम, संचार/प्रकाश पत्रों, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार, जिसमें से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाके के रहने या काम में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में नहीं लाया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Manta Devi

**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.
- उपरोक्त अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ कर आप/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त करने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनयित उद्देश्य के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या विवेकपूर्ण उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुख और सही जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस सवाल में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/11/24</p>	<p><b>Dr. CHHAVI GUPTA</b> Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. With Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. Shroff DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director (Name of Hospital &amp; Regn. No. With Stamp) Dr. Shroff Chandy Eye Hospital</p> <p>अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--

30<sup>th</sup> November, 2024

Dear Mr. Tandon

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

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Supriya- E/1124/0244

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
<b>Name</b>	Baby. Supriya		<b>Address/ Phone:</b>	Village Pancham, Brahampur, Jharkhand	
<b>MR N</b>	DEL-G-22-04-1282		<b>Age/Sex:</b>	4 years	Female
<b>S. No.</b>	<b>Treatment date</b>	<b>Items</b>	<b>Cost per Unit</b>	<b>No. of unit</b>	<b>Aprox. Cost</b>
1	23/11/2024	EUA(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