

DEL-G-24-11-4064

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहायता हेतु प्रारूप)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/1124/0254

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 18/11/24

NAME of APPLICANT: / आवेदन करने वाले का नाम: KUNAL JAISWAL

AGE-YEARS / आयु वर्ष: 8 YEARS
SEX / लिंग: MALE

FATHER/DISPOSEE'S NAME: / पिता/व्यक्ति का नाम: VIJAY KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

DESARI, BIHAR - 844504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: 1,08,000 (FATHER)

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

PAN No. / आय का प्रमाण पत्र

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो बॉक्स को उभराने पर सही का चिह्नित करें)

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 से संबंध
1.	VIJAY KUMAR	26	MALE	FATHER
2.	RADHA CHAUDHARY	33	FEMALE	MOTHER
3.	SHREYA	17	FEMALE	SISTER
4.	MUSKAN	15	FEMALE	SISTER
5.	KRISH	12	MALE	BROTHER

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

<p>SPE Card (Attach Card Copy) महोदय/महोदया को संबोधित करना पड़ेगा (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थसहायता का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत</p>
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए विचार का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवेंशन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

No

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक सहायता हेतु)

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 null & void for recipient cancellation.

I solemnly confirm that assistance received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is requested by me.

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 बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार दिए गए गये हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ यथासंभव सत्य "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहा हूँ, जिसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना है।

3) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता से लाभ नहीं ले रहा हूँ, जो मेरे लिए या मेरे परिवार के लिये अन्य सहायता/रोकथाम/वैद्यकीय कर्मचारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ले लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक सहायता हेतु)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photograph/ID-card/produce 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 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 अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) अपने सहजता से स्वीकार करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में बताना है, उसे "कॉशिका" द्वारा प्रचार, प्रकाशन, दान, वसूली के लिये अन्य सहायता/रोकथाम/वैद्यकीय कर्मचारी को सौंप करके मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये अधिकृत है। मेरा इसका विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे कर्तव्य के बिना "कॉशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थिक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Vishay Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत अधिकारी को यहाँ से सहायता हेतु "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

1) "कॉशिका" से सहायता हेतु हम (हस्पताल) के वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये अन्य सहायता से उक्त रोगी/मरीज से सहायता प्राप्त करने का कोई भी दावा नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश नहीं की जाती है, तो हम (हस्पताल) को सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मरीज हेतु सिफारिश की सहायता के लिये "कॉशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सहायता से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अधिष्ठान की तारीख	<p>रोगी के लिए संस्तुति</p> <p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.</p>		<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>	
	19/11/24			

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]

30th November, 2024

Dear Mr. Tandon,

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kunal Jaiswal- E/1124/0254

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Kunal Jaiswal		Address/ Phone:	Desan, Bihar - 844504	
MR N	DEL-G-24-11-4064		Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	19/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	25/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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