

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(संवाक्यद्वय विज्ञाभाल)



Exhausting choice of life

APPLICATION No. _____

अवाविदान नगरम् :

E/1124/0259

APPLICATION DATE: _____

2000年10月

01 | 11 | 20

NAME of APPLICANT :

अभिषेक का प्रारंभ

MAST MAYANK

AGE-YEARS 3075-976

SEX: F/M

1 YEAR

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME -

पिता/पति का नाम

NAME: RAVI SHANKAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS काठमान्डौ, नेपाल

VILLAGE BABU BIGHA, POST JAGH,
NALANDA, BIHAR - 801301.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION:

संज्ञा

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कल वापिक जय

1,44,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संग्रहित)

PAN No.

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

Yves J. Nys

होना नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहभागा के लिये विहित आधार

सहायता के लिए किमत जमा करें			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 साधन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.

सहायता हेतु किये गये विमती का उद्देश्य-

[illegible]

ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

इस वादचक्र में 80 बोर्ड क्या साक्ष्यता किसी अन्य स्वतंत्र से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कई तब सहायता होगी
	AH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा कथन)

- 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 amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में मेरे सभी कथन सत्य और सही हैं। यदि कोई झूठा कथन होगा, प्रश्न प्रत्येक के लिए सत्यता प्रमाण की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ यकीनपूर्वक कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ यकीनपूर्वक कहता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता के लिए प्रार्थना करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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) (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 प्रश्न में मैंने इस बात का संकेत किया है कि मैं (अर्पणक) अपनी जानकारी के मुताबिक सत्य रूप से "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को सहायता प्रदान करने के लिए इस प्रश्न में सहायता के लिए सहमत हूँ, जो "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को सहायता प्रदान करने के लिए उपयोग करेगा। मैंने इस बात का संकेत किया है कि मैंने इस बात का संकेत नहीं किया है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ।
- 4) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" अपने ट्रस्टियों का निर्णय लेगा और सहायता प्रदान करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पणक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

Ravi (Father).

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 ओर से वास्तविकता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हित है कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करनी चाहिए।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान और उसे जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां हमें हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

Dr. Sima Das, Director, Medical Education Department

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Safar

Safar

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Myank- E/1124/0259

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Myank		Address/ Phone:	Nahanda, Bihar-801301	
MR N	DEL-C-23-10-2889		Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	04/11/2024	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

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