

DEL-4-23-12-8424

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : E/1124/0263

APPLICATION DATE आवेदन तिथि 04/11/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम RUDRA ANIKET

AGE-YEARS आयु वर्ष 1 YEAR

SEX लिंग MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम JAY SINGH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
VILLAGE - KALLANPUR DISTRICT
FATEHPUR, U.P., 218601.

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 प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. रवायें पत्र का संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 आवेदक से संबंध
1.	JAY SINGH	24	MALE	FATHER
2	SHEELA DEVI	25	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे क्या विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 हो?

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: none of them.

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 null & void.

[illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (जम्हादार वाग करार)

11. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/duplicate/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

21. 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 Keshava Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

[illegible]

2) मैं (आत्मिका) इस आत्मा से सम्बन्धित हूँ कि मैं अन्तः परमात्मा और विद्या से कि साक्षात् मेरे चरित्रों से प्रेरित हूँ। तब मैं साक्षात् का स्वरूप लो ब्रह्म। इस सम्बन्ध में "आत्मिका" नाम सर्वत्र व्यापित का विस्तार लीया और ब्रह्मस्वरूप होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संशोधन के समर्थन के लिए धन का निदान

माता (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (BINDER 200 403)

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

that we neither are presently nor will in future seek 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 अधिपति, राजाओं की तरह न समझेंगे कि "बौद्धिक आन्दोलन" में बौद्ध-साम्प्रदायिक विचारों की जड़ें हैं, किन्तु हम (हमसे) विभिन्न प्रकार के धर्मों में स्वीकार करते हैं।

१०. यह कि न तो अखिल जैन न हो सकता है जिसका मतलब किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य ज्योत से एक ठोमी/धम्म में लेने पर न हो है, जैसे कि हमने "कोसिका गणदेवता" में दिखाया/लिखित एक के तालम में "कोसिका गणदेवता" इस तरह से है। यदि "कोसिका गणदेवता" इस गणदेवता किसी अखिल/सकल से एक नहीं किया जा है तो अखिल किसी अन्य है। सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था/से संस्था लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अखिल/गणदेवता एक ठोमी/धम्म से किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।

2. "कॉरिन्था काउन्टेशन" में श्री एवं महाशय कलम लिखित उद्धृति को है, ऐसी या सम्भवतः इसी ही एवं महाशय या कलम या एवं महाशय/उद्धृति का प्रथम ऐसी एवं महाशय या कलम या एवं श्री "कॉरिन्था काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रथम एवं है। इसलिये सम्भवतः में ऐसी एवं महाशय मुक्ता और श्री एवं श्री की श्री किम्पेरी ऐसी एवं महाशय की ऐसी श्री "कॉरिन्था" को कार्य प्रथम या किम्पेरी एवं महाशय में श्री एवं श्री।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery

संविधान के अन्तर्गत की संस्था

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Dentoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Srinivas Reddy Eye Hospital
1st & 2nd Floor, 112

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Durham Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Page No. 00281

0000

गणतन्त्र पार्टी नेपालको अध्यक्ष डा. बाबुराज पौडेलले

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

बनारस हिन्दू विश्वविद्यालय

SIGNATURE of TRUSTEE *

स्वामी इन्द्रावर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जारी दिनांक २

Erfahrung

1212

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Rudra Aniket Singh- E/1124/0263

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Rudra Aniket Singh	Address/ Phone:	Village Kallanpur, District- Fatehpur, Uttar Pradesh-212655	
MR N		DEL-G-23-12-8424	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	07/11/2024	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