

DEL-C-24-11-5214

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षण)

**Koshika**  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **E/1124/0265**

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

NAME of APPLICANT आवेदनकर्ता का नाम: **YUNRAJ KHARWAL**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **3 YEARS**

SEX लिंग: **MALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम: **VADRAM (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**NEVAWASTI DHANI, DULRAWATA, NAUSA, RAJASTHAN - 303109**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION व्यवसाय: **FARMER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: **60,000 (FATHER)**

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

PAN No. आय का सबूत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो स्थिति में आप या सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) आय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से संबंध
1.	VADRAM	33	MALE	FATHER
2.	BEENA DEVI	33	FEMALE	MOTHER
3.	DILRAT	09	MALE	BROTHER
4.	DIVYANSHI	06 MONTHS	FEMALE	SISTER

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

<p><input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) यशोवीर कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (इसका प्रत को साथ ही संलग्न करें)</p>	<p><input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (इसका प्रत को साथ ही संलग्न करें)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (इसका प्रत को साथ ही संलग्न करें)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु लिये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न)
1.	<b>DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 (को लिये सहायता राशि)
	<b>NA</b>	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक का विज्ञापन)**

- 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 (if any) null & void.
  - 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, or any other source for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथित झूठा बयान होगा तो मेरे सभी आवेदन पत्रों को खारिज कर दिया जाएगा।
- 2) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरित करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस मददवाहक हेतु न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो मुआवजा ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put up/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 to 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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके, मैं (आवेदक) आवेदक पत्रों को मुद्रित करवा दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" का अधिकार होगा कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में जोड़े जा सकें हैं, इस "कोशिका" उद्देश्य के लिए, प्रचार, प्रचार, वार्ता, साक्षात्कार, दूरदर्शन के माध्यम से, ऑनलाइन और ऑफलाइन के माध्यम से, जिसमें किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग शामिल है। मेरे नाम का उपयोग मेरी मदद के बारे में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आवेदन के उद्देश्यों में प्रयोग किए जा सकते हैं, आवेदन का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फंडिंग, प्रचार, वार्ता, साक्षात्कार और वार्ताओं का निर्णय केवल और केवल आवेदक के द्वारा किया जाएगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा छापना

श्री. गुप्ता (Father)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का करार)**

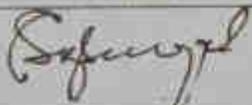
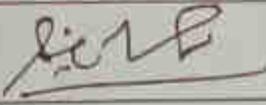
- By affixing her/his signature, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another 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 हस्ताक्षरों को और से मान्यतापूर्वी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव में मदद के अभाव में स्वयं को संभालेंगे।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी दूसरे संगठन या स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद न मिले। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपना खर्च किसी अन्य स्रोत से पूरा करना होगा। यह पुष्टि करता है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार देना और उसे खर्च की सभी जिम्मेदारियों को पूरा करना हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/11/24	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 700745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroff's Charity Eye Hospital जब मैं पर हस्ताक्षर करता हूँ
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामकी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामकी हस्ताक्षर 2 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

30<sup>th</sup> November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Yuvraj Kharwal- E/1124/0265

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Yuvraj Kharwal		Address/ Phone:	Dugwala, Rajasthan	
MR N	DEL-C-24-11-5214		Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	27/11/2024; 28/11/2024	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	2	4000
2	28/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>6500</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**