

DEL-G-24-10-1245

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/1224/0274** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **09/12/24**

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: **BABY DEVIKA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **05 YEARS** SEX / लिंग: **FEMALE**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **HMD FCA, 716, SIM NAGAR, FARIDABAD 121001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:



OCCUPATION / व्यवसाय: **WORKER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **96,000 (FATHER)**

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

PAN No. / पैन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 के साथ सम्बंध
1.	PARVEEN KR	38	MALE	FATHER
2.	JYOTSANA	39	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सुरक्षा रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/नसूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	PROCEDURE - EVA, CHEMO, GENETIC TEST

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 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, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्पित प्रमाण पर आधारित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिए अन्य कोई भी रिक्वेस्ट नहीं कर रहा हूँ और मैं इस मदद का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 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/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 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.
- 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करने में मैं यहाँ पर, नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं; उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या जानकारी को फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए उद्देश्य से शामिल हैं, उसे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा त्रस्टियों को निर्णय लेने और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Dr. Chhavi Gupta (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करने)

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 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.
- 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 करने वाले और से सम्बंधित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, जिस-हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी अधिकृत/संभव हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई उपचार या कितने तब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या/हमस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुरक्षा और जान जान की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Shroff M.S.

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Regd. No. 00004

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

19/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Assistant Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 10048

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Dr. Shroff

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. Shroff

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Devika- E/1224/0274

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Devika	Address/ Phone:	H no. FCA-716, S G M Nagar, Faridabad-121001	
MR N		DEL-G-24-10-1245	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-19	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024-12-19	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2024-12-12	Genetic Test	6500	1	6500
		Total			11000

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