

DEL-P-21-09-3637

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Block of LifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

E/1224/0281

APPLICATION DATE: 19/12/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

BABY VERONICA

AGE/YEARS मातृ-वर्ष

3 YEARS

SEX लिंग

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

PRASHANT (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास स्थान

H.NO - 55, PURKET - G, SECTOR ROHINI
COURTS, DELHI - 110085

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान

OCCUPATION:
व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

1,80,000 (FATHER)

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

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हाँ / 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 संबंध
1	PRASHANT	38	MALE	FATHER
2	RACHNA	30	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को इसका प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2. PROCEDURE - G/AASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

No

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
जी गई सहायता राशीSr. No.
क्रम संख्या

NA

DECLARATION by APPLICANT: I/WE DO HEREBY TR

- 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 declare that assistance, if received from Kothika 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रमाण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथित सत्यता प्रमाण देता है तो यही प्रमाण निरा हो या प्रमाणित हो।
- 5) मैं यहाँ पर यथासंभव सही "कारण" उल्लेख करता हूँ, जिसके कारण इस प्रकार की पूर्ति में किए गए प्रमाण, जो इस प्रमाण में दया गया है।
- 6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रमाण को नहीं हूँ, उस सहायता का अधिकार या सहायता प्रमाण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या उस सहायता से जो मैंने यहाँ उल्लेख किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者 同意 事項)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, और और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, स्वामी, घर, कार्यालय द्वारा सदस्यता से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संचार में प्रसारित करने का लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है, मुझे संचार, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन के समक्ष, या अगले का निम्न

Prashant

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 201 4011)

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:

- 2) 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.

हमारे अंधकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलदारों को “कोशिका फारनैशल” से मिलिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) पिपन प्रकाश से धन्य व स्वीकृत करते हैं।

1. यह कि न तो संसदीय और न ही पार्षदों में विधि सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थापना से उठायी जा सकती है, बल्कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से विकसित/चिन्हित उक्त को सम्बंध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकारपाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अल्पमत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत द्वितीय चरण उक्त स्वीकृति हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमसाल द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसाल को बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐसी को इलाज सुरक्षित और आने जाने को सारी निर्भरता ऐसी एवं हमसाल को होगी और "कोरिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती मे लिप संस्तुति

Dr. SUNDAS

DirectVox

Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Medical Education Department

Director, Medical Education & Stamp of Authorised Signatory
Regd. No. 10055
Charity Commission of Hospital

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
नाम व पद इत्यतः अभिज्ञात अधिकारी

नाम व पद हम्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यामी इन्टरन

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी दायरा २

list



31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Veronica Veronica- E/1224/0281



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Veronica Veronica	Address/ Phone:	H no. 55, Pocket 6, Rohini courts, Delhi-110085	
MR N		DEL-P-21-09-3637	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-23	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