

DEL-9-24-01-4579

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(सहायता हेतु प्रारूप)

Koshika
Foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/1224/0282

APPLICATION DATE: 16/12/24

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

MAST ABHI KUMAR

AGE-YEARS: आयु-वर्ष

SEX: लिंग

1 YEAR MALE

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

AJAY KR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

SIRSI, GAHARWAR, MIRZAPUR, UTTAR
PRADESH - 231001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION:
व्यवसाय

DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

2,40,000 (FATHER)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)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 सम्बन्ध
1	AJAY	34	MALE	FATHER
2	MANITA	29	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 साक्ष्य
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुनरी सलाह
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROCEDURE - CNA, MRI

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 तो गई सहायता राशि
	AN	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 ambulant for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ, तब मेरा आवेदन एवं सहायता समाप्त हो सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो आंशिक या पूर्ण रूप से इस सहायता के लिये रिफंडेशन का अनुरोध नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/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.
- 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा मुझे प्राप्त की गई सहायता के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउन्डेशन के लिये दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये प्रसारित करने से मैं स्वतः कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिये रिफंडेशन से मुक्ति प्रदान करने का अधिकार नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा दिये गए निर्णयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षर की ओर से गवाह-पत्रों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिये हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध नहीं करेंगे। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध नहीं करेंगे। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध नहीं करेंगे।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।

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

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

19/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA

A Junior Consultant,

Oculoplasty and Ocular oncology services

Repd. No. 1093/24

Dr. Sarothi Chandra Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

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 Mast. Abhi Kumar- E/1224/0282

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Abhi Kumar	Address/ Phone:	Sirsi, Gaharwar, Mirzapur, Uttar Pradesh-231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	1 year	Male
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	MRI	6500	1	6500
		Total			8500

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 • LAXHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET