

DEL-4-24-11-4064

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/1224/0289

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/12/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

MAST KUNAL JAISHAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

8 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/सहस्र का नाम

VIJAY KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

DESARI, BIHAR - 804504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास स्थान



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है या नहीं

Yes / No

हां / नहीं

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

क्या आप आय कर कादा है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	VIJAY KUMAR	36	MALE	FATHER
2	RADHA CHAUDHARY	33	FEMALE	MOTHER
3	SHREYA	14	FEMALE	SISTER
4	MUSKAN	15	FEMALE	SISTER
5	KRISH	12	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवरी आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

यदि कोई गलती है तो इसे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अगर आय कर प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड

(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे क्या दिवसी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ें को यह प्रमाणित सुची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

2. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
PROCEDURE - EVA, Chem.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

यदि 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

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

तो यह सहायता कितनी

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 and void for non-compliance.

2) I hereby confirm that assistance: If received from Krishna's Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form. For whom such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or conspire, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

4) मैं यहाँ बताना चाहूँ कि इस सवाल में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सवाल सवाल में गलत पाया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

5) मैं यहाँ जो सहायता यदि "अभिलाषा कार्यक्रम" से मिली जा सकती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस सवाल में बता दिया है।

6) मैं यहाँ बताना चाहूँ कि जिस सहायता को मैं यहाँ प्रार्थना कर रहा हूँ, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से मिले हुए सहायता के अलावा नहीं किया जा सकता है।

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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.

1) इस प्रकार का अपने हस्तक्षेप या अंगुलि की छाप लगाकर ये (अपेक्षक) अपनी सामग्री को सुरक्षित करते हैं एवं "कोशिका कार्टेजिन और उसके नज़दीकी" को अधिकृत करते हैं कि वेग नाम, जग, कदम और जो विभाग इस प्रकार में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् लागू, धार, वाचकता दूसरे तदर्थ में जुदा वीर्यविषयों और उपरिबन्धों के सिरे बिना भी प्रसार वाचक में अवर्णित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रकार का विभाग को एवम् के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका कार्टेजिन" में नज़दीकी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

Vijay Kumar

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:

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.

आज अधिकांश प्रमुखी को भी वे समझती हैं कि "वैदेशिक परदेष्टा" से मिले सम्मान ही निर्वाह की गारंटी है, फिर वह (प्रदेश) किस देश से आए या नहीं।

१. का. वि. = का. अध्याय और = का. अध्याय में विभिन्न अध्यायों के विभिन्न अर्थों का समर्थन या विरोध करने के लिए या जो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका-पराजोत" में विभिन्न-विभिन्न अर्थों का समर्थन या "कोशिका-पराजोत" द्वारा समर्थन हेतु किया है। और "कोशिका-पराजोत" द्वारा समर्थन विभिन्न अध्यायों के समर्थन हेतु किया जाता है जो अध्यायों द्वारा समर्थन के समर्थन का विरोध करने के लिए समर्थन हेतु किया जाता है। इस विधि में समर्थन का समर्थन है कि अध्यायों द्वारा समर्थन हेतु किया है। समर्थन का विरोध करने के लिए समर्थन हेतु किया जाता है।

2. "कॉलिका फारान्जस" में भी नई संस्कृत संसार विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इराकाल द्वारा ही नई संसार का किने गए संस्कृत प्रकृति का संसार ऐसी एक संस्कृत का संसार का किने है जो "कॉलिका फारान्जस" द्वारा किने प्रकृत का कोई संसार नहीं है। इसीसे इराकाल में ऐसी नई प्रकृत संसार और नई संसार की नई किनेदारी ऐसी एक इराकाल की नई और "कॉलिका" की नई संसार का किनेदारी एक संसार में नई होगी।

संजीवनी के लिए धन्यवाद

23/12/24

Wound Care Dr. Oncology (No. with Stamp)

Flight No. 10745 इस्तांबुल
Dr. Simsha Gupta Eye Hospital

Director

Oculoplastic and Ocular oncology services

Redd, N. on behalf of Hospital

Dr. Shyamali Khatiwala, Deputy Director, National Institute of Public Health

22 April 2005

2000 年 1 月 1 日

न्यासो हस्तगतः ।

Exempel

227

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kunal Jaiswal- E/1224/0289.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Kunal Jaiswal	Address/ Phone:	Desai, Bihar - 844504	
MR. N		DEL-G-24-11-4064	Age/Sex	8 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-23	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024-12-23	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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