

DEL-P-24-03-2263

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1224/0294

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

01/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST PRIYANSHU

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

7 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SHRI KRISHAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE GHAROLI BHAKTI GHAROLI
PARGANA, UTAR PRADESH-202122

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER BRICK LAVING (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. रखते हैं/नहीं रखते हैं

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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	SHRI KRISHAN	35	MALE	FATHER
2	LALITA DEVI	30	FEMALE	MOTHER
3	PRIYANSHU	04	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौपत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने बिमारी का उपचार:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	PROCEDURE - EVA

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उपचार के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले गई सहायता राशि

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 applicable, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रमाण पत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह-जारी, दान, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रचारित करने के लिए प्रयोग करे।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसकी नीतियों का निर्णय लेगी और आपसकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समझे/समझे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) कितना प्रकार से धन व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता, सामान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से पहले या तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश "उस" के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट स्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रसारित करे उस सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। सभी जो हस्पताल द्वारा की गई सलाह या बिना मेरे सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारी हस्ताक्षर में स्पष्ट है कि हस्पताल द्वारा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी सभी पर हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

Dr. Shriya Das on behalf of Hospital

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Golf is New 110014, New Delhi**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Priyanshu- E/1224/0294

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Priyanshu	Address/ Phone:	Village Ghori, Bhakti Ghabra, Kasganj, Uttar pradesh-207123	
MR N		DEL-P-24-03-2263	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-01	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