

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : E/1224/0298		APPLICATION DATE : 09/12/24		
NAME of APPLICANT : MAST SHIVANSHU		AGE-YEARS : 2 YEARS	SEX : MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUSHIL RAJAK (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H/NO. - 216, MADAI, DANAROWA, JABALPUR, 483005, MADHVA, PRADHESH				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :				
OCCUPATION : LABOURER (FATHER)		MARRIED (निवर्धित) / UNMARRIED (अनिवर्धित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 12,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income)		
PAN No. :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
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 अवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SUSHIL RAJAK	32	MALE	FATHER
2	PRITI	28	FEMALE	MOTHER
3	LETIPAL	55	MALE	GRAND FATHER
4	MUNALI	50	FEMALE	GRANDMOTHER
5	SHWATI	3	FEMALE	SISTER
6	NIHARIKA	5	FEMALE	SISTER
7	SHIVA	3	MALE	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROCEDURE - TAC, EOA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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.
- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा उसका प्रयोग गलत या गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना दूँगी "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद होगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुनः बताता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रोग का चिकित्सा या उपचार किसी अन्य फोरेन/डोमेस्टिक/बोथर कम्पनी से या तो किया जाये और न ही भविष्य में करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) 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/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 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.
- 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 प्रकार जब अपने हस्ताक्षर या मुद्रांक को इस फॉर्म पर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" प्रकृति, प्रकाश, चित्र, इत्यादि के माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए, कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरी स्वीकृति का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य को पूर्ण करने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होता है। मेरी सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन के त्रुस्टियों के द्वारा ही किया जा सकता है और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का 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:
- 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता-प्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में भविष्य सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अस्वीकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश करने वाले उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से रोगी को सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SHIVA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

मेरे पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

09/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant,

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

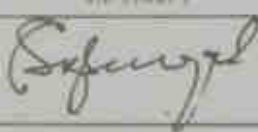
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

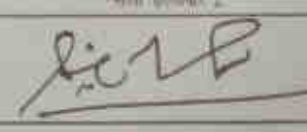
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2



31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Shivanshu Rajak- E/1224/0298

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Shivanshu Rajak	Address/ Phone:	Tehsil Manjari, Gram Madai, Jabalpur Madhya Pradesh-482001	
MR N		DEL-G-23-01-3062	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-09 2024-12-24	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	2	4000
2	2024-12-27	IAC(Intra-arterial chemotherapy)	90000	1	90000
		Total			94000

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