

DEL-4-22-03-595

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1224/0303

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MS. MASHUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

8 YEARS FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

CHAND PRAKASH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H/NO. - D-54TH HALL NO. - 4, WEST
KARAWAL, ANANDGAR, DELHI - 203131

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

FOOD CART (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,44,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सहाई 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 चिह्न 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 सम्बंध
1	CHAND PRAKASH	42	MALE	FATHER
2	UMILA	35	FEMALE	MOTHER
3	KANGIANA	17	FEMALE	SISTER
4	CHIRAG	16	MALE	BROTHER
5	ABYAN	12	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

यदि कोई रेशन कार्ड न हो तो प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोगिता कार्ड
(प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विवक्षित का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

1. DIAGNOSIS - RE-TINARIALSTOMIA
PROCEDURE - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
तो गई सहायता राशी

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

N/A

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत प्रमाण प्रस्तुत करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं पुनः कहता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस राशि का अतिरिक्त या समकल हिसाब किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ला लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/produce 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम्, नवीन, पत्र, पत्रिकाया द्वारा अद्वैत में मुझे प्रोत्साहितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के चले या बाद में कार्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रार्थना अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

चक्र 9/11/24

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 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.
- हमारे अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र को मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता-सेवा या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/समकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता-सेवा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता-सेवा या किसी अन्य सहायता से नहीं लोपावर्गी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान विनिर्देश प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा पुरस्कार और कार्य करने 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 संमत

Dr. SIMA BAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Dr. Shreya Chaudhary, Director
मम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
(Name of Dr. & Sign. No. With Stamp)
Regd. No. 100755
हमारे डॉक्टर का नाम व डिजाइन व स्टैम्प न.
Dr. Shreya Chaudhary, Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature

21st December 2014

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ms. Mashum Mashum E/1224/2014



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road, Daryaganj, New Delhi-110002

**Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgery**

Name	Ms. Mashum Mashum	Address/ Phone:	H no. D-54/4, Gali no. 4, West Kirti Nagar, Delhi, 203131		
MR N	DEL-G-22-03-5951	Age/Sex	8 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024-12-23	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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 • RAJIKHET