

MOM - 4 - 22 - 05 - 0094

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building lives all life	
APPLICATION No.: E/1224/0305 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/12/24 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MAST YUVRAJ आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 04 YEARS वर्ष	SEX: MALE लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ATUL KOMAR (FATHER) पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VILLAGE MUDHRAKPUR, UTTAR PRADESH - 22604 वर्तमान आवास का पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता			
OCCUPATION: FARMER (FATHER) व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 96,000 (FATHER) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. सवाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (को मानें जो 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
1	POOJA DEVI	25	FEMALE
2	ATUL KUMAR	29	MALE
3	SHASHIL KUMAR	45	MALE
4	MANJUPAMA	42	FEMALE
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
MOTHER			
FATHER			
GRANDFATHER			
GRANDMOTHER			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्ति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किन्ती का उद्देश्य:			
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदर सूची संलग्न			
Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROCEDURE - MRI		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
NO			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई नहीं सहायता राशि	
NA			



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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरासन्न प्रपत्र कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आगामी निम्न की वसुली होगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को भेजा है, उस राशि का कोशिका या सहायक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से चुनी गई विधियों और उपस्थितियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरासन्न मेरे प्रपत्र को पालने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे न्यासीय सहायता को इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Atul Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/सहायता हेतु मदद नहीं मिलता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी प्रकार उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा भी नहीं सहायता या किसी अन्य सहायक/वित्तीय 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 को इलाज प्रदान और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुतिDr. SIMA DAG
DirectorOculoplasty and Ocular oncology services
Dr. (Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory
Field No. 00231
On behalf of Hospital
Dr. Shri...
मुख्य चिकित्सक/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारीDr. CHHAVI GUPTA
Junior Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
Dr. Shri...
हस्ताक्षर की राशि व हस्ताक्षर या छाप, न.**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
(नाम सहित)SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नाम सहित)

Safarpur

Safarpur

21st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Yuvraj- E/1224/0305

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

Name		Yuvraj	Address/ Phone:	Village Mubarakpur, Uttar Pradesh-27604	
MR N		MDM-G-22-05-0094	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-10	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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 • SAHARAMPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET