

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन फार्म)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


 APPLICATION NO. / आवेदन क्रमांक: **E/0125/0313**

 APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: **13/01/25**

 NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: **JIKRA**
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **04 YEARS**SEX / लिंग: **FEMALE**
 FATHER/RESPONDENT'S NAME / आवेदन करी का पिता: **VAKIL (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:

**VILLAGE GANESH PURA, POST KATWA VIDYANAGAR,
SIRATHU, U.P. - 201121.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:


 OCCUPATION / व्यवसाय: **MECHANIC (FATHER)**
MARRIED / शादी: ☒ UNMARRIED / अविवाहित: ☐
 TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक कुल आय: **60,000 (FATHER)**

 (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण जोड़ें)
(सबूत के साथ प्रमाण पत्र)

BANK NO. / बैंक का क्रमांक:

 ARE YOU AN INCORPORATED ADDRESS (TAX RESIDENCE IS APPLICABLE)
क्या आप एक संयोजित पता हैं (कर निवास लागू है)?

 Yes / हाँ
No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार का विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी से संबंध
1	VAKIL	28	MALE	FATHER
2	PARGANJATI	25	FEMALE	MOTHER
3	SIRATHU	03	FEMALE	SISTER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (TAX RESIDENCE IS APPLICABLE)
सहायता के लिए निवेदन का आधार

BPL Card (Aadhar Card Copy) जीएसटी कार्ड का प्रमाण पत्र (आधार कार्ड का प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Income Certificate Copy) आयु, आय का प्रमाण पत्र (आयु, आय का प्रमाण पत्र)	Aarogya Card (Aadhar Card Copy) आरोग्य कार्ड (आधार कार्ड का प्रमाण पत्र)	Any Other Sponsorship अन्य कोई भी
--	--	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / संलग्न चिकित्सा रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन
1.	DIAGNOSIS TREATMENT
2.	RETROCALASTOMA

 ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
क्या सहायता एक ही उद्देश्य से अन्य स्रोतों से मिल रही है?

NA

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCES / अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / दी गई सहायता का राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (Section 20 Form 44) I hereby declare 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 immediate withdrawal. I solemnly declare that assistance, if received from KushiKa Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me. I hereby declare that I have not & will not in future, avail of reimbursements, in part or in full, from any other insurance/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested. 1. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सत्य हैं। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता का अनुरोध करता हूँ। 2. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी, से उसी राशि के लिए सहायता/पैसे वापस नहीं करूँगा। 3. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से प्राप्त होने वाले पैसे/सहायता से इस सहायता के लिए उपयोग नहीं करूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (Section 20 Form 44) I (by affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize KushiKa Foundation and its Trustees to (reproduce/alter/modify/translate 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 KushiKa Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by KushiKa 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 KushiKa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me. 1. मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्थात्) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "अर्थिक सहायता" के लिए सहायता का अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता का अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी, से उसी राशि के लिए सहायता/पैसे वापस नहीं करूँगा। 2. मैं (अर्थात्) मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "अर्थिक सहायता" के लिए सहायता का अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता का अनुरोध करता हूँ। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी, से उसी राशि के लिए सहायता/पैसे वापस नहीं करूँगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION यहाँ अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाएँ। <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>		
AGREEMENT by HOSPITAL (Section 20 Form 44) By affixing her/his signature or our Authorized Signatory for recommending this consent for financial assistance from KushiKa 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 purpose, as we are requesting to get from KushiKa Foundation, to the extent that such assistance is granted by KushiKa Foundation. If the requested assistance is not granted by KushiKa 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 declaration unambiguously states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same purpose from any other NGO or any other source. 2) The assistance from KushiKa Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure administered by the Hospital on the patient, is based on the arrangements between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by KushiKa Foundation. Hence, the Hospital will assume and is complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and KushiKa Foundation will have no role or responsibility in the matter. हम यहाँ घोषणा/सहमत कर रहे हैं कि हम "अर्थिक सहायता" के लिए सहायता का अनुरोध कर रहे हैं। हम यहाँ घोषणा/सहमत कर रहे हैं कि हम इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग कर रहे हैं, जिस उद्देश्य के लिए हम इस सहायता का अनुरोध कर रहे हैं। हम यहाँ घोषणा/सहमत कर रहे हैं कि हम भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी, से उसी राशि के लिए सहायता/पैसे वापस नहीं कर रहे हैं। 1) हम यहाँ घोषणा/सहमत कर रहे हैं कि हम "अर्थिक सहायता" के लिए सहायता का अनुरोध कर रहे हैं। हम यहाँ घोषणा/सहमत कर रहे हैं कि हम इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग कर रहे हैं, जिस उद्देश्य के लिए हम इस सहायता का अनुरोध कर रहे हैं। हम यहाँ घोषणा/सहमत कर रहे हैं कि हम भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी, से उसी राशि के लिए सहायता/पैसे वापस नहीं कर रहे हैं। 2) "अर्थिक सहायता" केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार का चयन, जो रोगी और अस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, इससे कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, अस्पताल रोगी के उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी धारण करेगा, और KushiKa Foundation इस मामले में कोई भूमिका नहीं निभाएगा।		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> Dr. CHHAVI GUPTA Authorized Signatory Emergency and Critical Care/Intensive Services Regd. No. 100743 Dr. Shree's Charity Eye Hospital (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हमारे डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ छाप </div> <div style="text-align: center;"> RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE अनुमोदित करने के लिए अनुमति </div> <div style="text-align: center;"> Dr. SURESH TRIPATHI Director Emergency and Critical Intensive Services (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ छाप </div> </div>		
Date of Surgery उपचार की तिथि <div style="font-size: 1.2em; margin-top: 10px;">16/01/25</div>	<div style="text-align: center;"> </div>	<div style="text-align: center;"> </div>
FOR INTERNAL USE of KUSHIKA FOUNDATION (Section 20 Form 44)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहले विश्वसनी <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरे विश्वसनी <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Going for the community since 1922

31st January 2023

Dear Mr. Tandon :

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Baby Jikre- E/0125/0313



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Daryaganj, New Delhi-110002

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Pediatric Ophthalmic Surgeries</u>					
Name		Baby Baby Jikre	Address/ Phone	Village Ganeshpur, District Gurgaon, Haryana-122217	
SR N		DEL-G-23-03-8290	Age/Se x	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2023-04-08	ELA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards,

Dr. Sima Das

Director

Ophthalmology 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 KHURI • VARANASI • KANDEL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET