

DEL-P-12-02-0022

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : **E/0125/0320**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **25/1/25**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BABY SANVI**
आवेदन का नाम

AGE-YEARS : **04 YEARS**
समू-वर्ष

SEX : **FEMALE**
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **LT. PARVEEN (FATHER)**
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **JAKHOLI, KATHAL, HANVA-NI-136027**
वर्तमान आसानी पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्पष्ट जगहों पर**



OCCUPATION : **LABOURER (GRANDFATHER)**
व्यवसाय

MARRIED (निगलित) / UNMARRIED (अनिगलित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **96,000 (GRANDFATHER)**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : **स्पष्ट जगहों पर**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को घना है 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 आवेदन के साथ संबंध
1	VIVEK	20	MALE	UNCLE
2	SANTOSH	28	FEMALE	MOTHER
3	DEVANAND	52	MALE	GRAND FATHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोद आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपपंजीकृत कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए विनोद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये क्या हो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 & ensuing assistance liable 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निश्चय एवं जमानत प्राप्त करने हेतु मेरे स्वास्थ्य निदान की जरूरत पड़ेगी तो मैं इसे मेरे स्वास्थ्य निदान "कोशिका फाउन्डेशन" से ही प्राप्त करूँगा, जहाँ से मैंने इसकी मदद माँगी है, जो इस प्रश्न में वर्णित है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/out-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.
- (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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वयंसेवक को यह अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे स्वास्थ्य निदान के बारे में जानकारी है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई है, जहाँ से मैंने इसकी मदद माँगी है, जो इस प्रश्न में वर्णित है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करूँगा।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निश्चय के बिना सहायता की मदद माँगी जा सकती है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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.
 - हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करूँगे।
 - 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करूँगे।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे डॉक्टर को इस सहायता के बिना किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करनी है।
 - 3) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे डॉक्टर को इस सहायता के बिना किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही धनिक में सहायता प्राप्त करनी है।

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100748
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

Dr. SIVA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
31/01/23

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
Siva Das



31st January, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Sanvi Sanvi- E/0125/0320

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Sanvi Sanvi	Address/ Phone:	Kaithal, Haryana- 132027	
MR N		DEL-P-22-02-0022	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-31	EUA	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