

DEL-4-24-01-4579

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0225/0344

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17-02-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ABHI KUMAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

01 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

AJAY KR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

SIRSI, GAHARWAR, MIRZAPUR U.P - 231001.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2,40,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 निशान लगायें)

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 आवेदक के साथ सम्बंध
1.	AJAY KR.	34	MALE	FATHER
2.	MAMTA	27	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)व्ययभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

- DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
- TREATMENT - TREATMENT COMPLETED.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

No

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लौ गई सहायता राशी

NA

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित है)

- 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.
- 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.
- मेरे कथन सत्य हैं कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रमाण को खारिज कर दिया जायेगा।
- मैं यहाँ पर सत्यतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से भी या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- मेरे कथन सत्य हैं कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, अपने खर्चों का पूरा पूरा भुगतान करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 fulfilment 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सफलता की पूर्ण वारंटाई देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा, या अन्य माध्यमों द्वारा, उद्देश्य के लिए धर्मोपार्जन और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं। मैं (आवेदक) समझता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए इस प्रमाण पर "कोशिका" द्वारा उपयोग करने से मेरी सफलता की पूर्ण वारंटाई देनी होगी।
- मैं (आवेदक) समझता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी सफलता की पूर्ण वारंटाई देनी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

सिमा दास

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथित)

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:

- 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.
- 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.

इस प्रकार, हमारे द्वारा यहाँ पर हस्ताक्षर करके, हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए इस मामले को सिफारिश करने के लिए सहमत हैं।

1) हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त वित्तीय सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद ले सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हैं।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार का चयन कोशिका फाउंडेशन के सिफारिश के बिना ही होना चाहिए। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार को पूरा करने के लिए हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हैं।

Dr. SIMA DAS

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीनस्थ विशेषज्ञ के लिए सिफारिश

Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

Date of Surgery
अपेक्षित तिथि
20/02/25

Comptroller of Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ

Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम, पद और हॉस्पिटल के लिए सिफारिश

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक द्वारा कथित

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक द्वारा कथित

[Signature]



28th February 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Abhi Kumar-E/0225/0344

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Abhi Kumar		Address/ Phone:	Sirsi, Gaharwar, Mirzapur, Uttar Pradesh-231001	
MR N	DEL-G-24-01-4579		Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-02-20	Examination under Anesthesia(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