

Del G- 23- 01- 3062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : E/0226/0358 APPLICATION DATE : 5/2/25
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MAST SHIVANSHU RAJAK AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 2 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUSHIL RAJAK (FATHER)
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
TEHSIL MANJAL, GRAM MADAI, JABALPUR,
MADHYA PRADESH - 482001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION : LABOURER (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 12,000 (FATHER) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लवायें) 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 सम्बन्ध
1.	SUSHIL RAJAK	32	MALE	FATHER
2.	PRITI	28	FEMALE	MOTHER
3.	TEJIPAL	55	MALE	GRANDFATHER
4.	MUNNI	60	FEMALE	GRANDMOTHER
5.	SWATI	02	FEMALE	SISTER
6.	NIHARIKA	05	FEMALE	SISTER
7.	SHIVA	03	MALE	BROTHER

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 की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basia/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSES- RETINO BLASTOMA PROCEDURE- EUA

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 लेई गई सहायता राशि
	NO	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने पर:

- 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 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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निम्न की संस्थाओं के लिए अयोग्य ठहराया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं सहायक हेतु पर भविष्य में भी नहीं, उस मदद का जमाव या सफल विमा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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.
- 1.) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को स्वीकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया गया है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और/या "कोशिका फाउन्डेशन" के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रारूप पर मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2.) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप
 सुशील (Father)

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 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 स्वीकृत, इलाजगरी को और से वापस लेने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद लेनी चाहिए, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद के लिए कोशिका फाउन्डेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या इलाज का चयन करने के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार के इलाज सुरक्षा और जीवन बचाने की सभी जिम्मेदारियों को हमें ही लेना है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHAVI GUPTA
 Adjunct Consultant

Director
 Oculoplasty and Ocular oncology services

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 10/2/25

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
 Regd. No. 100745
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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 हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]



26th February, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Shivanshu Rajak-E/0225/0358

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Shivanshu Rajak	Address/ Phone:	Tehsil Manjali, Gram Madai, Jabalpur, Madhya Pradesh-482001	
MR N		DEL-G-23-01-3062	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	10-02-2025	Examination under Anesthesia	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)