

DE-25-10-1632

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / अर्पण क्रमांक: **E/0126/0364**

APPLICATION DATE / अर्पण तिथि: **19/1/26**

NAME of APPLICANT / अर्पणकर्ता का नाम: **ADITYA VADAV**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **03 YEARS** | SEX / लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **AMARNATH (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:
145, GANDHINA BARRI, ROSEBANK, SUNARHATH, U.P. - 231226

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **FARMER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **120 000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / पैन नंबर: **सही नहीं**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर का दाता हैं? (किसी एक को चिह्नित करें)

Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	AMARNATH	35	MALE	FATHER
2.	NIKSHITA	30	FEMALE	MOTHER
3.	AKSHARA	06	FEMALE	SISTER
4.	ROHINI	03	FEMALE	SISTER
5.	ADITI	5-5 MONTH	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए विधि आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किए गए विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रातिबंधन संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINABLASTOMA
2.	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र

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 revocation/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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता रिजल को खत्म कर दिया जा सकता है।
 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं या मेरे परिवार का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।


AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ता)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके नियोक्ता" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एजन्सि-नामी, दान, प्रायोजक/नियोक्ता उद्देश्य से दुसरी व्यक्ति/व्यक्तियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सि-उमके नियोक्ता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।


APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 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.
 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 हमारा अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से मापल/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार्य है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतः से उक्त रोगी/मामले में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत अधिकतम/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और आने जाने को न्यूनतम सुनिश्चित रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMADAS
 Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>20/1/26</p>	<p>Dr. CHRAVI G Advanced Consultant 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 या गिच न.</p> 	<p>Dr. SIMADAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Oncology Department Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> 
---	--



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Aditya Yadav- E/0126/0364

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Aditya Yadav	Address/ Phone:	155, Gidhiya Ramgarh, Robertganj, Sonbhadra, U.P.- 231226	
MR N		DEL-C-25-10-1632	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-20	EUA(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) • MODI NAGAR • RANIKHET