

DEL-6-93-15-3989

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

E/0395/0371

APPLICATION DATE: 12-03-25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

AYUSH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

3 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

SATENDAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

4th-20133 PLOT-NO-306
KAMLA NAGAR DELHI-110007

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता



OCCUPATION:
व्यवसाय

TAILOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

144,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. न्याय सखा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाख है (जो लागू हो उस पर खींच कर चिह्नित करें)

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 सम्बन्ध
1.	SATENDAR RAM	32	MALE	FATHER
2.	SWADHA DEVI	33	FEMALE	MOTHER
3.	SWETA	05	FEMALE	SISTER
4.				

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

BPL Card
(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)

उपपूर्वकत कार्ड
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

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

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

1.
2.

RETINOPLASTOMA - DIAGNOSIS
TREATMENT - EUA

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

NO

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 assistance for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह धारणा नहीं कर रहा हूँ, कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और मैं इस सहायता के लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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/print/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "कोशिका" द्वारा, कथन/प्रकाश द्वारा उद्देश्य से पूरी लोकप्रियता और जानकारी के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने तक या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसकी त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

संजय कुमार

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 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 full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्मले/होती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम (हस्पताल) और मैं (हस्पताल) में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्राप्ति प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विफल अधिकृत/प्रकार हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान किया गया उद्देश्य हेतु मदद को सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/प्राप्ति।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता सहायता वित्तीय प्रकृति की है, उसे या हस्पताल द्वारा ही प्राप्त प्रकृति या किसी भी अन्य सहायता/प्रकार का सुचारु रूप से हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसे ही प्रसारण सुचारु और अपने जाने की सही जिम्मेदारी लेते एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

19/3/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
नाम, पद और हस्ताक्षर के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यक्ति हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यक्ति हस्ताक्षर 2

Signature

30-11-2024



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Ayush-E/0325/0371

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast. Ayush	Address/ Phone:	H no 80/22 plot no 206 kamla nagar, Delhi-110007	
MR N		DEL-G-23-12-3982	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-19	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

for Dr. Sima Das

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528616

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)