

DEL-P-25-01-6123

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: E10325/0304

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 01-03-25

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: MAST YUG TRIPATHI

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 02 YEARS
SEX लिंग: MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: AMIT TIWARI (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता: VILLAGE POST MAUNJI, ROTERGAHLY, U.P. 229001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता:

OCCUPATION: व्यवसाय: FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / (UNMARRIED) (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 4,80,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (नो चयन हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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 से संबंध
1	AMIT TIWARI	32	MALE	FATHER
2	POOJA	26	FEMALE	MOTHER
3	RANI	24	FEMALE	AUNT
4	PHOOLWATI	99	FEMALE	GRANDMOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे किसी 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 (उस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?) **NO**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ नई सहायता राशि
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) I hereby declare 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 rescission/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 declare 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच सच हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे अर्शक को अमान्य बना देता है जो मेरी सहायता प्राप्त करे या अर्शक को वापस करे।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "अर्शक" प्राप्त करने के लिए, अर्शक द्वारा उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिए लिए उद्देश्य, के लिए उद्देश्य में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या अर्शक को नहीं, उन स्रोतों या अर्शक या अर्शक द्वारा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पूरा किया है जो 1 की परिधि में है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/foundational/propagate 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 फॉर्म पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अर्शक या अर्शक को मुझे प्राप्त हुए "अर्शक" का उपयोग और "अर्शक" नामों को उपयोग करने के लिए और यह विवरण इस फॉर्म में दर्ज हैं, जो "अर्शक" प्राप्त करने के लिए, अर्शक द्वारा उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिए लिए उद्देश्य, के लिए उद्देश्य में मांग किया है।
- 2) मैं (अर्शक) और यह घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या अर्शक को नहीं, उन स्रोतों या अर्शक या अर्शक द्वारा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पूरा किया है जो 1 की परिधि में है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

पूजा देवी

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

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:

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.

हमने यहाँ घोषणा की है कि हम अर्शक को "अर्शक" प्राप्त करने के लिए, अर्शक द्वारा उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिए लिए उद्देश्य, के लिए उद्देश्य में मांग किया है।

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या अर्शक को नहीं, उन स्रोतों या अर्शक या अर्शक द्वारा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पूरा किया है जो 1 की परिधि में है।

2) "अर्शक" प्राप्त करने के लिए, अर्शक द्वारा उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिए लिए उद्देश्य, के लिए उद्देश्य में मांग किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अर्शक का तिथि
03/03/25

(Name of Dr. & Regn. No. of Hospital)
अर्शक का नाम और अर्शक का संख्या

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
अर्शक का नाम, पद और छाप

FOR INTERNAL USE BY KOSHKA FOUNDATION

अर्शक के उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अर्शक संस्थापक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अर्शक संस्थापक 2

[Signature]

[Signature]



1st March 2023

Dear Mr. Tansel

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mst. Yag Tiptali-8/0328/0384

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Nehru Bhawan, Jaipur					
Name		Mst. Yag Tiptali	Address/ Phone	Village post Akauri, Raebareilly, Uttar Pradesh-229001	
MR N		DEL P-28-01-0323	Agillex	2 years	Main
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2023-03-03	IVA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Smita Das

Director

For Dr. Lina Das

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 • BAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)