

DEI-h-23-01-3062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)
(स्वास्थ्य सुधारणा)APPLICATION NO.
आवेदन संख्या:

E10328/0405

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

21-03-2025

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम:

SHIVANSHU RAJAK

AGE-YEARS: वय-वर्ष
03 YEARSSEX: लिंग
MALEFATHER'S/WIFE'S NAME:
पितृ/जीवित वा जीवन

SUSHIL RAJAK (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाबूलाल अवासीय स्थान

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय स्थान



Koshika
foundation
Building block of life

OCCUPATION:
अवश्यकता

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल सालाना वय

96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(वय का सालाना स्वाक्षर)

PAN No.: एपीएन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable):
मम्मा वय को दाता है। (यह मम्मा ही उसे का नहीं कहा जिसने ताएँ)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sr. No. | Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|---------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1. | SUSHIL RAJAK | 34 | MALE | FATHER |
| 2. | ERTI | 33 | MALE | MOTHER |
| 3. | RTYA | 31 | MALE | SISTER |
| 4. | SWATI | 05 | MALE | SISTER |
| 5. | MELIANIKA | 02 | MALE | SISTER |
| 6. | STYVA | 01 | MALE | SISTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायात के लिए विनियोग आवाहन

| BPL Card (Attach Card Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof वय कोहे स्वाक्षर |
|---|---|--|--|
| मम्मा को वय के लिए प्राप्त कर (प्राप्त कर की साथ इसे संतार कर) | अपने वय के लिए उपलब्ध कर (उपलब्ध कर की साथ इसे संतार कर) | उपलब्ध कर (उपलब्ध कर की साथ इसे संतार कर) | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मम्मा हेतु किसे गाये खिलाफी का उद्देश्य:

| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached मालिकाना/ट्रैक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सूची चेतावनी |
|---------|---|
| 1. | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA |
| 2. | TREATMENT - TAI |

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

| Sr. No. | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लिये गये सहायता राशि |
|---------|---|--|
| | NA | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा घोषणा 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 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 अपने काम हूँ कि यह आवास में निवास की जगहां से अमानुषीय तरह बदल देता है तो यह विवरण एवं काम अमानुषीय तरह देता है तो यह विवरण एवं काम की जगह,
- 2.) मैं इस जैव विवरण को "कोशिका फाउंडेशन", जो जीव की है, उपलब्ध नहीं ठीक की गई है तो यह विवरण एवं काम अमानुषीय तरह देता है तो यह विवरण एवं काम की जगह,
- 3.) मैं युवा काम हूँ कि यह विवरण एवं काम अमानुषीय तरह देता है तो यह विवरण एवं काम की जगह है तो यह विवरण एवं काम की जगह है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा काम)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 वार्ता का अधिकार यह अस्त्र की जगह नहीं, मैं (अप्लिकेटर) अपने मालिक को युद्ध काम हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" ने उसके जाहिरों को अधिकृत काम हूँ कि मैं जो यह जीव की जगहां से विवरण इस प्रकार में चेताता हूँ, यह "कोशिका" या उसी जैव की विवरण में युद्ध विवरण एवं उपलब्धियां जो उपलब्धियां यह विवरण में दिये गयी हैं। यह वार्ता का विवरण यह अस्त्र के खाते या जारी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नाम से अप्रृथक है।
- 2.) मैं (अप्लिकेटर) इस वार्ता के अधिकार हूँ कि मैं यह वार्ता का विवरण जो यह विवरण में उपलब्ध है युद्ध काम का अधिकृत वर्ता वार्ता है तो यह विवरण का अधिकृत वर्ता वार्ता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अप्लिकेटर के विवरण का अधिकृत वर्ता वार्ता

सुरील

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा काम)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- यहां अधिकृत विवरण की जगह मालिकों द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" में दिया गया विवरण की जगह है, जिसे इस (अस्पताल) विवरण का अधिकृत वर्ता वार्ता के अस्त्र की जगह कहता है।
- 1.) यह विवरण की जगह यह विवरण का अधिकृत वर्ता वार्ता के अस्त्र की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है, जिसे मैं इसमें "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण की जगह की विवरण की जगह है तो यह विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है। यह विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है। यह विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है।
- 2.) "कोशिका फाउंडेशन" की जगह यह विवरण की जगह है। यह विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है। यह विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है। यह विवरण की जगह के अस्त्र की जगह में दिया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए मंत्रसूति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अंगोल की तरीकी 21/3/96 | Dr. CRHAVI GUPTA Consultant, Advanced Oncology Services Shri Ramachandran Institute of Cancer & Research Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with stamp) | Dr. SIMA DAS Director Oncology Services Chairperson, Board of Trustees नवी नोएडा अस्पताल, नोएडा |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अधिकृत उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर

Safayal

Siva

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

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

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Shivanshu Rajak-E/0325/0405

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoplasroma Surgeries

| Name | | Mast. Shivanshu Rajak | Address/ Phone: | Tehsil Manjali, Gram Madai, Jabalpur, Madhya Pradesh-482001 | |
|--------|----------------|---------------------------------|--------------------|--|-------------|
| MR/N | | DEL-G-23-01-3062 | Age/Sex | 3 years | Male |
| S. No. | Treatment date | Items | Cost per Unit | No. of unit | Aprox. Cost |
| 1 | 2025-03-21 | Intraarterial Chemotherapy(IAC) | 90000 | 1 | 90000 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | Total | | | 90000 |

Best Regards:

Dr. Sima Das

Director

Dr. Sima 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 * SAHARANPUR * MEERUT * LAKHIMPUR KHERI * VRINDAVAN * KAROL BAGH (DELHI)