

DEL-4-23-04-1259

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E1042510024

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/4/25

 NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: ISHAAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 05 YEARS

SEX लिंग: MALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

 193, POCKET - II, TANTRA FLATS, SECTOR

A6, NARELA - 110040

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION / व्यवसाय: PLUMBER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1.20, 800 (FATHER)

Attach Proof of Income / आय का साक्ष्य संलग्न करें

PAN No. / आय का संपन्न संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर देता है (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	SUDHAKAR	31	MALE	FATHER
2.	SHABANA	29	FEMALE	MOTHER

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते में जोड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और संपत्ति 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 साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - CHIA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह सहायता राशी
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):

- 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 rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मेरी गवाही करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं झूठ का कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मेरे द्वारा कथन है कि मैं किसी भी तरह से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)

- 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.
- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करके मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को उसके नामों के "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रारूप में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" एवम् नामों, पता, पत्रकारिता द्वारा उद्देश्य से दुर्लभ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नामों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

शशिना

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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:
- 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझौते के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 - यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है।
 - यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है।
 - हमारा प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है।
 - हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे प्रारूप में वर्णित सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

DR. SIMA DAS

Director

Ophthalmology and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 02231

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Safaryal

Safaryal



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

30 April 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mast Ishan- E/0425/0024

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mast Ishan	Address/ Phone:	173, Pocket-11, Janta flats, Sector-A6, Narela-110040	
MR N		DEL-G-23-04-1259	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	28/04/2025	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)