

DEL-4-25-03-3768

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No

आवेदन संख्या

E 0525 / 0045

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

22/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

DHARUVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

7 MONTHS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

DEEPAK (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A-31, SAINIK ENCLAVE VIKAS NAGAR, UTTAM
NAGAR, WEST DELHI-110059

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,80,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई कार्ड संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / Ha

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 सम्बन्ध
1.	DEEPAK	31	MALE	FATHER
2.	ANU	29	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रशियन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई तथ्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मरने विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित दवा संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - CHA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता मिले
	MT	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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.
- I solemnly confirm that assistance (I 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 cost for which this assistance is requested.
- हैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन झूठा या गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकेगी।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी इस मदद को नहीं लेऊँगा, जो किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा। और न ही अधिकार के बिना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से दूरदर्शन और अन्य माध्यमों के माध्यम से किया जा सकता है। इस प्रारूप का उपयोग मेरी मदद के लिए या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग में आने से मुझे सहायता का हक्क नहीं मिलेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रकाशित होने वाले किसी भी निर्णय को स्वीकार करने के लिए मैं सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Anny

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिकृत, आदेशकारी की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- हम यह न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता की कमी को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि हमारे अंतर्गत रहने वाले सभी रोगियों को हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए माया सहायता के लिए हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है, जो हमारे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए माया है। हमारे अंतर्गत रहने वाले सभी रोगियों को हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है, जो हमारे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए माया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

24/12/23

Dr. CHHAVI GUPTA

(Name of Dr & Regn. No. with Stamp)
Jocelyn and Y. Prasad, MD
Rajd 86-10045

Dr. SIMA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Designation: Director of Hospital
Name: Dr. Sima Das
Rajd 86-10045

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा स्वीकार

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

Dr. Sima Das



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914.



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

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Dhurvi- E/0525/0045

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Dhurvi	Address/ Phone:	A-31, Sainik enclave, Vikas Nagar, Uttam Nagar, West Delhi-110059	
MR N		DEL-G-25-03- 3768	Age/Sex	7 months	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	24/05/2025	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 • KARDL BAGH (DELHI)