

DEL- 4-19-08-0758

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No
आवेदन संख्या : E/0324/0190

APPLICATION DATE : 25/3/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT
अवेदनक का नाम : BABY CHANDNI

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 7 YEARS
SEX लिंग : FEMALE

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS
वर्तमान आवासीय पता : VILL WARD NO 18, GRAM POST CHERAKHERA, KHAGARIA, BIHAR- 848203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION
व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : NA

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय : 1920, 000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. : नहीं सादा सहा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस या नहीं का चिह्नित लक्ष्य करें)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनक के साथ सम्बन्ध
1	DINESH ROUSHI DEVI	41	MALE	FATHER
	AJIT	40	FEMALE	MOTHER
	ARTI	22	MALE	BROTHER
	MAUSAM	13	FEMALE	SISTER
	SARGAM	15	FEMALE	SISTER
		11	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एनडी राखा को सौदे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छांटकर अति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छांटकर अति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छांटकर अति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे लक्ष्य चिह्नित का उद्देश्य

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINO BLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिये गया है?

NO

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई भी सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे।

- 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 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 is requested.
- 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/relative/any other source for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदनपत्र का निराकरण/रद्द कर दिया जा सकता है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ही का नहीं है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस सहायता का अवशेष या शेष हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बोधा सम्पत्ति में से नहीं लिया है और नहीं लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 my 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 with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इन, भावक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के फल या कार्य से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठे का निराल
विनेश राम (FATHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

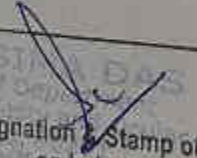
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

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 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.

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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से पाण्डित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनित उक्त सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनित अशुभ/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और आने जाने का सारा जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 26/3/24	Dr. ANHAMI GUPTA DMCC/100745 (Fellow, Oncology & Oncology)	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--

DEL-G-19-07-4605

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन पत्र



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



March, 2024



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 Chandni- E/0324/0190

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

Name	Chandni		Address/ Phone:	Village Khera, Thana Khagaria, Bihar	
MR N	DEL-G-19-08-0758		Age/Sex	7 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-26	Customized Ocular Prosthesis	10000	1	10000
		Total			10000

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 : scehi@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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