

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षामुल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0324/ 0193** APPLICATION DATE: **25/3/24**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **MAST DURGESH VERMA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **8 YEARS** SEX / लिंग: **MALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **RITESH VERMA (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **KHAMRIYA, KHANJAN NAGAR, DIST- KHURI, UTTAR PRADESH- 262127**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

OCCUPATION: **FARMER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME: **84, 000 (FATHER)**

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

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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 आवेदन के साथ संबंध
1	RITESH	29	MALE	FATHER
2	ARTI DEVI	28	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के अंतर्गत उपान पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे लाने किन्हीं का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - <b>RETINOBLASTOMA</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

**NO**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौं गई सहायता रकम
	<b>NA</b>	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:**

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & request ineligible 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, etc. for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान पर आधारित नहीं है तो मेरी आवेदन फार्म को मैं स्वयं ही रद्द कर दूँगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रीबाइंडमेंट और न ही सहायता के लिए प्रार्थना की है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी 'व्यक्तिगत' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस रूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, न्यायाधीश/दूरदर्शन में मुझे परिचित/अज्ञात और जनसंचार के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करें। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे उद्देश्य को पूराने या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार के अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, न्यायाधीश/दूरदर्शन में मुझे स्वयं-सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, न्यायाधीश/दूरदर्शन का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  
 Ritesh/Long, (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:

- 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 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.

इस प्रकार अधिस्तुत, हस्ताक्षरों को और से मान्य/अज्ञात को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करेंगे या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता के लिए प्रार्थना करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिवेदन उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/अज्ञात हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और स्रोत से सहायता के लिए प्रार्थना करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल विशेष मदद उक्त सहायता हेतु किसी और स्रोत से प्राप्त नहीं करेगा या किसी अन्य स्रोत से नहीं उधार/प्रक्रिया करेगा।
- "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी को हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और आगे जाने को सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारिता नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 28/3/24	Dr. R. GUPTA 00745 Fellow - Oculoplasty & Ocular Oncology (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिस्तुत अधिकारी
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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





31<sup>st</sup> March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Durgesh- E/0324/0193

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Durgesh	Address/ Phone:	Village Khamaria, District Mitauli, Uttar Pradesh	
MR N		MOM-G-21-01-0426	Age/Sex	8 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-28	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)