

DEL 4-2503-3768

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
FOUNDATION
Building Block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0925/0213 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01/07/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: DHIRUVI AGE YEARS / आयु वर्ष: 11 MONTHS SEX / लिंग: FEMALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

A-31, SAINIK ENCLAVE, VIKAS NAGAR,
UTTAM NAGAR, ROSE DELHI 110051

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION / व्यवसाय: PRIVATE JOB (FATHER) MARRIED (शादी) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1,80,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत जोड़ें)

PAN No. / आई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो भी लागू हो उसे पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No / हाँ / 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	DEEPAK	31	MALE	FATHER
2	ANU	27	FEMALE	WIFE
3	PARI	09	FEMALE	DAUGHTER
4	VASHIKA	06	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया पूर्ण सलाह
1	DIAGNOSIS - ASTHMA/ASTHMA
2	TREATMENT - MRI

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 / कौन से सहायता लगी
	NA	

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, if applicable 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 the assistance is requested.

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात से साफ़ तौर पर "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में प्रदा किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) 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-up/produce 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.
 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, चरण, चिकित्सा/दवाइयों इत्यादि के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण को इस्तेमाल करने के लिये या कर के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



Anu

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा यहाँ घोषणा, हमसबकी ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिये या उसी रोगी के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की उम्मीद की है, "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अधीन/समस्त हेतु यन्त्रु को किया जाता है तो हमसबकी ओर से सहायता निरस्त या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के स्वरूप में स्वीकार किया जाता है कि हमसबकी ओर से सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत से नहीं लेता/लीगी।
 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो मदद/सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमसबकी ओर से कोई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई स्वीकार नहीं है। इसलिए हमसबकी ओर से रोगी के इलाज के लिये और अपने कार्य को जारी रखने के लिये हमसबकी ओर से "कोशिका" को कोई पुष्टि/सिफारिश का विवरण/प्रकार इस प्रकार से नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/09/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इच्छा का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--



30th September 2025

Dear Mr. Tandon,

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Dhurvi- E/0925/0213

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Dhurvi	Address/ Phone:	A- 31, Sainik enclave vikas nagar, uttam nagar, west delhi- 110059	
MR N		DEL-G-25-03-3768	Age/Sex	11 months	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03/09/2025	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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: scch@scch.net, Website: www.scch.net

OTHER CENTRES