MOM-G-21-01-0426

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : E/1124/0252

APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 01/11/24

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : MAST DURGESH

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 6 YEARS

SEX लिंग : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : RITESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :
VILL ICHAMARIA PO. MITAULI, UTTAR PRADESH - 262927

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता :

OCCUPATION व्यवसाय : FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन कार्ड संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आयकर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगायें) : 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 सम्बंध
1.	RITESH	29	MALE	FATHER
2	ARTI DEVI	28	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	~~Any Other Basis/Proof~~ अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आये हुये प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - EUA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा :

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 & ongoing assistance as null & void.
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 was requested by me.
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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि यदि कोशिका फाउन्डेशन से मिली सहायता, मेरे द्वारा उल्लेखित उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त सहायता हेतु यह प्रार्थना की थी है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फीस/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/display/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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो या विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एवं, माध्यमानुसार मुख उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम के प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। यह प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में 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 में प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उनके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Ridesh Verma

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 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी को नीचे से पालन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विभिन्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्त्रोत उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेंगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद एवं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सहित मुहर	Dr. SIMA DAS 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
08/11/24	Dr. Shantilal Chhajlani Eye Hospital	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

For Shroff's Charity Eye Hospital Delhi is Now NABH Accredited

20th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Durgesh- E/1124/0252

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital *Retinoblastoma Surgeries*					
Name		Mast. Durgesh	Address/ Phone:	Village Khamriya, Khanjari Nagar, District- Kheri, Uttar Pradesh-262727	
MR N		MOM-G-21-01-0436	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	08/11/2024	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