

DEL-4-21-03-4154

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/1124/0262

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/11/24

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

RIVAZ

AGE-YEARS (आयु-वर्ष)

SEX (लिंग)

4 YEARS MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

AZAD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

H-no - 101, VILLAGE - LILATA HARVANA
122103

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

OCCUPATION
व्यवसाय

FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

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

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

हम (आप) आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उसे पर चिह्नित करें)

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	AZAD	27	MALE	FATHER
2	LILANA	22	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता का लिए विवर्तन आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सीपी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (इसका प्रमाण प्रस्तुत करने पर चिह्नित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूस प्रमाण प्रमाण प्रस्तुत करें (इसका प्रमाण प्रस्तुत करने पर चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (इसका प्रमाण प्रस्तुत करने पर चिह्नित करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु विवरण (किसी एक को चिह्नित करें)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/दवाइयों के प्रमाण प्रस्तुत करें)
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	PROCEDURE - EVA DONE

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता प्राप्त करने का प्रमाण प्रस्तुत करें

NO

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED (किसी अन्य स्रोत से प्राप्त राशि)
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्तव्य)

- I/We hereby declare 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 and void for registration/cancellation.
- I/We 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.
- I/We 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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द कर दी जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता (जैसे "कोशिका फाउंडेशन") से ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए करूँगा, जो इस प्रश्न में धारा बना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से, या इससे को नहीं हूँ, उस धारा का अधिकतम या सबका हिस्सा किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वापस ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्तव्य)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस सहायता के लिए माँगा है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉन, सहायक/दूसरे प्रदाता से मुझे भविष्य में और अन्य किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के प्रकार या काम में बदले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में शामिल हैं, मुझे सहायता प्राप्त करने के बाद भी सहायता नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर/दूसरे प्रदाता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

- 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.

हम यहाँ अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से समझते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) हम यहाँ बताना और स्वीकार करते हैं कि हम (हस्पताल) किसी भी सहायता प्राप्त करने या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने/प्राप्त करने या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा है। यह पुष्टि करने के लिए कि हम (हस्पताल) किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चले गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार मुक्त और अपने आप की सही निर्णयों लेने पर हस्पताल को पूर्ण और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. SIMA DAS

Director

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

08/11/24

Dr. CHAND GUPTA

Consultant,

Oncology Services

100745

Shanti Eye Hospital

Oculoplasty and Ocular Oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 0029

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

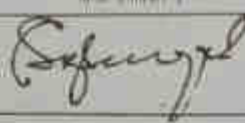
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

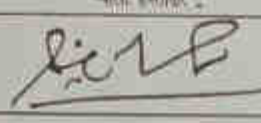
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2



30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Msd. Riyaz-1/1124/0262

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <i>Retinoblastoma Surgeries</i>					
Name		Msd. Riyaz	Address/ Phone:	Village (Data, H no. 191, Gurgaon, Haryana-122103)	
MR N		DEL-G-21-03-4154	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	08/11/2024	ELCA Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards ✓

Dr. Smita Das

Director

Ophthalmology and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kirti 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

ALURKI • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURJ • VRINDAVAN • NARAY BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • BANGHET