

DEL-4-24-10-1245

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (आवकता के लिए आवेदन पत्र)		(Healthcard) (स्वास्थ्य कार्ड)		Koshika Foundation Building, Block-1, 1st Floor			
APPLICATION No. (आवकता संख्या): E/0125/0315		APPLICATION DATE (आवकता तिथि): 15/01/25					
NAME OF APPLICANT (आवकता के नाम): DEVIKA		AGE/YEARS (वर्ष): 05 YEARS				SEX (लिंग): FEMALE	
FATHER'S/SUPPORTER'S NAME (पिता/सहायक के नाम): PARVEEN KA (FATHER)							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - HERE (वर्तमान निवास): HNO FLA, TIG, SIMINAGAR, FARIDKOT - 121001							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - HERE (स्थायी निवास):							
OCCUPATION (व्यवसाय): WORKER (FATHER)		MARITAL STATUS (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):					
TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय): 96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें):					
PAN No. (आय कर पहचान संख्या):		Tax / No. (आय कर / संख्या):					
FAMILY DETAILS (परिवार के विवरण)							
Sr. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य के नाम)	Age (Years) (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relationship with Applicant (आवकता के संबंध में)			
1.	PARVEEN KA	33	MALE	FATHER			
2.	JOYSAABA	34	FEMALE	MOTHER			
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (आवकता के लिए कारण):							
BIL Card (आवकता के लिए)		BWL Certificate (आवकता के लिए)		Any Other Reason/Proof (आवकता के लिए)			
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (आवकता के लिए कारण):							
Sr. No. (क्र. सं.)	Medical Report/Prescription Attached (आवकता के लिए)						
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA						
2.	TREATMENT - SURGICAL, CHEMICAL						
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" by OTHER SOURCES (आवकता के लिए अन्य स्रोतों से):							
Sr. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (आवकता के लिए)		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED (आवकता के लिए)				
	NA						

DECLARATION by APPLICANT (please print clearly):

- 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, if any, liable for termination/cancellation.
- 2) I solemnly declare that assistance I requested from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested to me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or seek to receive, financial or medical support or other assistance/physiotherapy services, of the amount for which the assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 5) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 6) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (please print clearly):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/communicate 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 may 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 to 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 that decision is the subject of this report will be final and acceptable to me.
- 3) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 4) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 5) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 6) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Signature of Applicant or Left Thumb Impression:

Sybiliana (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (please print clearly):

- By affixing my signature, signature of our Authorized Signatory for recommending the assistance for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future seek or seek to receive financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/condition, 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, from the Hospital because it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not seek any financial assistance for the same patient/condition from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The scope of the treatment/procedure of the patient/condition 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.
- 3) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 4) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 5) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।
- 6) मैं यहाँ यहाँ (in Hindi) में यह कह रहा हूँ कि मैंने अपने सभी विवरणों में सत्यता का सुनिश्चित करने के लिए अपनी जानकारी के अनुसार सच कहा है। मैं यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सच कहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Recommended for acceptance

Dr. SIMA DAS

Director

Neurology and Onco oncology services
Director, Medical Education Department

(Name Designation & Stamp of Authorized Signatory of Koshika Foundation)

or a not signed official official

Date of Surgery
when it will be
20/01/25

Dr. CHAND GUPTA

Assistant Consultant

Neurology and Onco oncology services

Specialist, Neurology

(Name of Dr. & Designation with Stamp)

or a not signed official official

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (please print clearly):

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(Name of Trustee 1)

Safarjani

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(Name of Trustee 2)

Dr. R. K. Singh



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.

31st January 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Devika Devika- E/0125/0015



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Celebrating 100th Anniversary

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries					
Name		Baby Devika Devika	Address	H No. FCA-718, 8 G.M. Nagar, Faridabad-121001	
Age		DEL-G-24-10-1248	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-01-20	EUA	2000	1	2000
2	2025-01-20	Chemo	1500	1	1500
		Total			4500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplastic and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5327, Kedar Nath Road Gurgaon, New Delhi-110002 India

P/c- 011-4352 4444, 4352 5888, Fax: 011-43526616

E-mail: scch@scch.net, Website: www.scch.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHMIPUR KHURD • VRINDAVAN • KANDLA NAH (DELHI) • NOIDA NAGAR • RANIKHET