

DEL-4-23-07-4198

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(HINDI/URDU)
(HINDI/URDU)(HINDI/URDU)
(HINDI/URDU)Koshika
FOUNDATION
KASHI, UTTAR PRADESH
221005

APPLICATION NO. : E/0125/0328

APPLICATION DATE : 20/01/25

NAME OF APPLICANT : HIMANSHU

AGE : 06 YEARS SEX : MALE

FATHER'S NAME : DHANVEER SINGH (FATHER)

VILLAGE : OLVERIA, DISTRICT : SHAHJAHANPUR,
UTTAR PRADESH - 243205.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : (SEE OTHER SIDE)



OCCUPATION : LABOURER (FATHER)

SOURCES OF INCOME : (SEE OTHER SIDE)

TOTAL ANNUAL INCOME : 84,000 (FATHER)

CASH ON HAND : (SEE OTHER SIDE)

FURTHER DETAILS : (SEE OTHER SIDE)

DO YOU HAVE ANY OTHER INCOME? (If yes, please mention in separate column)

Yes/No
H/ N

FAMILY DETAILS (SEE OTHER SIDE)

Sl. No. (SEE OTHER SIDE)	Name of Family Member (Write in Hindi/Urdu)	Age (Years) (SEE OTHER SIDE)	Gender (SEE OTHER SIDE)	Relation with Applicant (Write in Hindi/Urdu)
1	DHANVEER	35	MALE	FATHER
2	NEELAM	30	FEMALE	MOTHER
3	KARTIK	04	MALE	BROTHER
4	JAGVIR	04	MALE	UNCLE

NAME OF PERSONS TO BE ASSISTED (If any, please mention in separate column)

NFL Card (Attach Card Copy) (SEE OTHER SIDE)	SWD Certificate (Attach Certificate Copy) (SEE OTHER SIDE)	Other Card (Attach Card Copy) (SEE OTHER SIDE)	Other (Attach Card Copy) (SEE OTHER SIDE)
--	--	--	---

PURPOSE OF REQUESTING ASSISTANCE:
(Write in Hindi/Urdu)

Sl. No. (SEE OTHER SIDE)	Medical Report/Prescription Attached (Attach Report/Prescription Copy)
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - EUA

ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME PURPOSE? (If yes, please mention in separate column)

N/A

Sl. No. (SEE OTHER SIDE)	NAME OF OTHER SOURCE (Write in Hindi/Urdu)	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILABLE (Write in Hindi/Urdu)
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT: (उम्मीदवार की घोषणा)

- I hereby declare that all details of this Form are true and correct to my knowledge. Any false information will render this application & ensuing treatment, if any, liable for reimbursement.
- I solemnly declare that conditions mentioned here Kashi Foundation, will be strictly followed for the "patient". An admission fee form for which such conditions are mentioned is not.
- I hereby declare that I understand & affirm that I have read all the conditions, in particular but not only, that any other hospital/physician/doctor/clinic, if the patient for which this condition is mentioned.
- मेरी घोषणा है कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (उम्मीदवार की सहमति)

- I, (the applicant), the applicant or Kashi Foundation on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashi Foundation and its Trustees to use my name, address, photo & details of the "patient" for which such conditions are mentioned, through any medium, including but not limited to social media, for seeking assistance for medical facilities/condition/conditioning information ONLY & not for any other purpose. Such use of my photo & details can be made by Kashi Foundation before or after my treatment or treatment of the "patient" for which conditions are being requested.
- I (Applicant) further agree that any misuse of my name, address, photo & details of the "patient" for which such conditions are mentioned, without authorization, will be taken as an offence in continuing the said conditions. The decision for granting or not granting the conditions will rest solely with the Trustees of Kashi Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- मैं (उम्मीदवार) इस फॉर्म में अपने नाम, पता, फोटो और रोगी के विवरण को केवल "रोगी के चिकित्सा सुविधाओं की जानकारी" के लिए उपयोग करने के लिए सहमत हूँ। मेरी घोषणा है कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।
- मैं (उम्मीदवार) इस फॉर्म में अपने नाम, पता, फोटो और रोगी के विवरण को केवल "रोगी के चिकित्सा सुविधाओं की जानकारी" के लिए उपयोग करने के लिए सहमत हूँ। मेरी घोषणा है कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION:

उम्मीदवार के नाम के अंगूठे की छाप

• धनवीर सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल की सहमति)

- By affixing my signature, signature of my authorized signatory the undersigned hereby representing the undersigned for financial assistance Kashi Foundation, we (Hospital) hereby agree & authorize following:
- The undersigned hereby agree to use the name, address, photo & details of the "patient" for which such conditions are mentioned, through any medium, including but not limited to social media, for seeking assistance for medical facilities/condition/conditioning information ONLY & not for any other purpose. Such use of my photo & details can be made by Kashi Foundation before or after my treatment or treatment of the "patient" for which conditions are being requested.
 - The undersigned hereby agree to use the name, address, photo & details of the "patient" for which such conditions are mentioned, through any medium, including but not limited to social media, for seeking assistance for medical facilities/condition/conditioning information ONLY & not for any other purpose. Such use of my photo & details can be made by Kashi Foundation before or after my treatment or treatment of the "patient" for which conditions are being requested.
 - मैं (हॉस्पिटल) इस फॉर्म में अपने नाम, पता, फोटो और रोगी के विवरण को केवल "रोगी के चिकित्सा सुविधाओं की जानकारी" के लिए उपयोग करने के लिए सहमत हूँ। मेरी घोषणा है कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।
 - मैं (हॉस्पिटल) इस फॉर्म में अपने नाम, पता, फोटो और रोगी के विवरण को केवल "रोगी के चिकित्सा सुविधाओं की जानकारी" के लिए उपयोग करने के लिए सहमत हूँ। मेरी घोषणा है कि मैं इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सत्य एवं सही हैं। मेरी जानकारी में कोई भी गलत जानकारी इस आवेदनपत्र को अमान्य करेगी और मेरी घोषणा को भी अमान्य करेगा।

RECOMMENDATION ACCEPTANCE

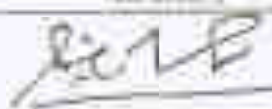
सिफारशी का स्वीकार

Dr. SIMA KASHI

Director

Date of Surgery रोगी की तारीख 23/01/25	Dr. CHITRA GUPTA Adjunct Consultant, Transplant and Organ Donor Services Regd. No. 100140 Dr. Shashi Chandra Sharma हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम	Dr. SIMA KASHI Director Transplant and Organ Donor Services Director, Medical Education Department Regd. No. 100140 Dr. Shashi Chandra Sharma हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KASHI FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 वर्ग 1 के ट्रस्टी का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 वर्ग 2 के ट्रस्टी का हस्ताक्षर
	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

21st January 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenses of Mast. Himanshu Kumar- D/O 1250328



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
CARE is Now NABH Accredited

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgery</u>					
Name	Mast. Himanshu Kumar		Address	Village Churis, District Shahjahanpur, Uttar Pradesh-242205	
Age	DEL-G-23-07-4188		Phone	Age/ Sex	
S. No.	Treatment date	date	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025.01.23	BUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Ophthalmology and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5037, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph: 011-4352 4444, 4352 5555, Fax: 011-43528816

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

OTHER CENTRES

AGRA • BAHAMANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURJ • VARANASI • KANOL BAH (DELHI) • MODI NAGAR • BANGHET