

DEL-C-23-10-2889

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0225/0356		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10-02-25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: MYANIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष 01 YEARS	SEX लिंग MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: RAVI SHANKAR (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता NALANDA, BIHAR - 801301				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता				
OCCUPATION: PRIVATE JOB (FATHER) व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 1,44,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): 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 सम्बन्ध
1.	RAVI SHANKAR	34	MALE	FATHER
2.	MANISHA KUMAR	22	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) उपभोक्ता कार्ड (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:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
Sr. No. क्रम संख्या	1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
2.	TREATMENT - EIA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NA				
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 (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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 rescission/cancellation.
- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुत हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं गलत जानकारी देता हूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, रिफंड, या अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) यहाँ सहमत और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एन. पी.एस.ए. द्वारा उद्देश्य से चुनी गई विधियों और उपकरणों से अपने किसी भी प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति को फंडेशन के पक्ष में या मेरे पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध किया जाता है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैं सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण सच; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता; इस फॉर्म में "कोशिका" एम्प्लॉयर उद्देश्यों के लिए प्रसारित और प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मनिषा कुमारी

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत हैं कि:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी सहायता मागने या किसी अन्य स्रोत से उदा. एम्प्लॉयर से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफरिड/अनुमति प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि/अनुमति/उत्तर नहीं दिया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से मागने के लिए अधिकृत रहेंगे। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हम सहायता किसी अन्य स्रोत से मागने के लिए अधिकृत रहेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हम सहायता से लेने के लिए सहायता मागने और सुरक्षा के लिए सहायता को छोड़ेंगे और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या रिफंड नहीं दे सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. CHHAVI GUPTA

Advanced Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745

Dr. Shrutika's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shrutika's Charity Eye Hospital

(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

नाम हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हस्ताक्षर 2

Signature



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

28th February 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Myank-E/0225/0356

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Myank	Address/ Phone:	Nalanda, Bihar-801301	
MR N		DEL-C-23-10-2889	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11-02-2025	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

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)