

DEL-9-24706-4851

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: E/0126/0365 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/1/26 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: KANYA आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 4 YEARS आयु-वर्ष:	SEX: FEMALE लिंग:	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ARUN KUMAR GUPTA (FATHER) पिता/कटुम्भ का नाम:				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SANTOSHI NAGAR, TINDWARI BANDA, U.P. - 210128 वर्तमान आवासीय पता:				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता:				
OCCUPATION: COSMETIC SHOPKEEPER (FATHER) व्यवसाय:				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: 1,08,000 (FATHER) कुल वार्षिक आय:				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)
PAN No. आय का पहचान 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 लगाएं):				
Yes / No हां / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	
1.	ARUN	34	MALE	
2.	NEHA	32	FEMALE	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
2.	TREATMENT - CHEM, SUR			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
	NA			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 rejection/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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु, एक प्रार्थना नहीं करता हूँ, इस प्रार्थना का अर्थ है कि मैं किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वापस किया जा रहा 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 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 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रसारित है, इसे "कोशिका" एम्बुलेंस, पत्र, मासिक पत्र, दूरदर्शन, रेडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के पूर्ण होने के बाद भी जारी रहेगा। "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 से प्रसारित है, पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Neha Gupta

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगूठे से मापले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वितरित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितरित सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वितरित अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रार्थना में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वितरित मदद उठा ली जायगी हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वितरित इच्छा को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को रोगी को रोगी एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology

Director, Medical Education Dept.

Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hosp.

Dr. CHHAVI GUPTA

Advanced Consultant

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100745

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व निशान

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल 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



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1928



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
NABH Accredited

30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate/expenditure of Baby Kavya- E/0126/0365

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby Kavya		Address/ Phone:	Santoshi nagar, Tindwari banda, U.P. 210128	
MR N		DEL-G-24-06-4851	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-20	MRI	6500	1	6500
2	2026-01-21	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			8500


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) • MODI NAGAR • RANIKHET