

DEL-6-23-01-3062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
FOUNDATION
Building Bonds of Life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/0325/0325

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

11-03-25

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

SHIVANSHU RAJAK

AGE-YEARS मास-वर्ष

SEX लिंग

03 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

SUSHIL RAJAK (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

JABALPUR TEHSIL MANTALI GRAM MADAT
U.P. - 482001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता



OCCUPATION
व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

96000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या संलग्न करें

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

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 से संबंध
1.	SUSHIL RAJAK	24	MALE	FATHER
2.	PREETI	22	FEMALE	MOTHER
3.	KIYA	17	FEMALE	SISTER
4.	SWATI	08	FEMALE	SISTER
5.	NIHARIKA	06	FEMALE	SISTER
6.	SIDYA	04	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)

संश्लेषी रकम के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)

व्यपकीर्णता कार्ड
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये बिमारी का उपचार:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
TREATMENT - LVA

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उपचार के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NO

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE

जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

I (Applicant) 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 null & void.

I (Applicant) 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.

I (Applicant) 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 the assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिये हैं, वे सच हैं। यदि कोई झूठा बयान या झूठा दावा होगा, तो मेरी अर्शिका निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use 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 it's activities/commitments. 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.
- 3) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउंडेशन" के नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, के माध्यम से, जिसमें लेकिन इससे सीमित नहीं है, वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, के माध्यम से, दानों को एकत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों और प्रतिबद्धताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरी फोटो और विवरणों का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 4) मैं (अर्शक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरणों का उपयोग, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, के माध्यम से, सहायता प्राप्त करने के लिए, स्वयंसेवकों को नियुक्त करने के लिए, या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए नहीं किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
अर्शक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

कुशीत

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder signature of our Authorized 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 full & 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 पर घोषणा करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) इस मामले/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता माँग रहे हैं, जिससे हम (हॉस्पिटल) स्वयंसेवकों के माध्यम से सहायता प्राप्त कर सकते हैं।
 - 4) यदि हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 5) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारे (हॉस्पिटल) के और रोगी के बीच के समझौते के आधार पर होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता से प्रभावित नहीं होता है।
 - 6) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारे (हॉस्पिटल) के और रोगी के बीच के समझौते के आधार पर होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13/3/25	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर Dr. Anurag Gupta Consultant Surgical Services 123456789 Koshika Foundation Hospital	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और मुहर Dr. Smita Das Director Surgical Services Koshika Foundation Hospital
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीयक हस्ताक्षर Safar
---	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Shivanshu Rajak-E/0326/0375

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Shivanshu Rajak	Address/ Phone:	Tehsil Manjhi, Gram Madai, Jabalpur, Madhya Pradesh-482001	
MR N		DEL-G-23-01-3062	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-03-13	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Dua

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

for Dr. Sima Dua

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph. - 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528818

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

OTHER CENTRES

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