

DEL-61-95-01-0377

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: E/0395/0389 अवेदन संख्या		APPLICATION DATE: 02.03.25 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: DIVYANSH अवेदनकर्ता का नाम		AGE-YEARS: 03 YEARS SEX: MALE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NEERAJ KUMAR (FATHER) पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: POST HILLAWI, MAYRAWAN PURWA, UNNAO UTTAR PRADESH-209825 वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: ELECTRIC SHOP EMPLOYEE (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME: 1,80,000 (FATHER) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. आय का सत्यापन 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	Relation with Applicant अवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1	NEERAJ KUMAR	33	MALE	FATHER
2	POORNIKA	33	FEMALE	MOTHER
3	ABISHWARYA	07	MALE	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ 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 - EUA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम				
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता राशि				

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 is final and acceptable to me.
- (1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्प, न्यासी, एन, वरन्दा/एन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी दे सकें। इसका उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता से उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प, उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Heeraj Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- हमारी स्वीकृति, इसका अर्थ है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- (1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उदा. रोगी/रोगी के मामले में लेने का प्रयत्न करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि सहायता वित्तीय स्वरूप उदा. रोगी/रोगी के मामले में हेतु किसी भी सहायता प्रदान करने के बिना अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा ही नहीं जाना कि हमारे रोगी/रोगी का उपचार/उपचार का चुनाव हमारे रोगी/रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता से हमारे रोगी/रोगी को मदद करने की पूरी जिम्मेदारी हमारे रोगी/रोगी के हाथों और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/3/25	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ मुहर DR. CHHAVI GUPTA REG. NO. 12345 FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम और पद हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी के रूप में [Signature]
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 [Signature]		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 [Signature]

30-11-2024



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Divyansh Divyansh-E/0325/0382

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Divyansh Divyansh	Address/ Phone:	Post Hilauli, Maurawan, Purnea, Uttar Pradesh-209825	
MR N		DEL-G-25-01-0377	Age/Sex:	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-03-10	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services


Dr. Sima Das

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 • MEBRUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)