

MOM-E-21-09-0038

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika
foundation
Building Vision of Life



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **E/0325/0390** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **03-03-2025**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **BHAVYANSH** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **04 YEARS** SEX लिंग : **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **NISHKARSH PANDAY**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : **VILL- JEWAN, PO-JAYAN, UTTAR PRADESH 242401**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता :

OCCUPATION / व्यवसाय : **PRIVATE WORK (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **108000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NISHKARSH	31	MALE	FATHER
2.	LALT PISHRA	22	FEMALE	MOTHER
3.	GAUYA PANDAY	5	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)
पोषी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नो का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

1.

DIAGNOSIS - **RETINOBLASTOMA**
TREATMENT - **EUA**

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NA

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ती गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO (SEE INSTRUCTIONS)

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 a ongoing assistance. I will be liable for misrepresentation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) stated in the above and will not be used for any other purpose(s). I also certify that I will not request reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, for the expenses for which this assistance is requested.

3) वी. सोमनाथ काका हूँ कि इस दस्तावेज में दिने एवं जारी विवरण मेरी जानकारी में अनुसूचा तथा एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरा सम्बन्ध प्रमाण एवं सत्यता के प्रति मेरी जिम्मेदारता नहीं रहेगी।

2) यह दुःख कि साधक को "बलिष्ठा काटवोला" से जो जो लगे है, उसके समान उसी तरीके की धुन में गीत गायें, जो कि उसके से जो लगे है।

1) मैं धोखे का हाथ हूँ कि जिस आकाश से तुम सब आया हो रहा है, उस राशि का वर्णन के समान विस्तृत किसी अन्य प्रोत्साहक/समाप्ति के बिना के न हो पायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/publish-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 it's 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 to receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshiba Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस उद्यम या कार्गो-उत्पादन या सेवाओं की लक्ष्य लक्ष्य, मैं (अधिकांश) जारी रखती की पुष्टि करता हूँ कि "कोलिका फाईबरिंग और उसके नासोई" को अधिकृत करता है कि यह नए नए, फोले और जो विभाग इस उद्यम में सीधे है, उसे "कोलिका" समूह जारी, उप, सम्बन्धित सभी उद्देश्य से मुझे सौंपी/विपरीत जो उपलब्धियों के तहत किसी भी प्रकार सम्बन्ध में प्रयोजित करने में लिए अधिकृत है। जो पूरा का विभाग जो उद्यम को पहले या बाद में करने के लिए "कोलिका फाईबरिंग" के जारी अधिकृत है।

2) मैं (आत्मनः) इस बात से आश्चर्य हूँ कि गंगा, यमुना, गोदा और विन्ध्य जैसे कि साधारण में सृष्टियों में इन्होंने ही तुम्हें उल्लास, साहस का इकट्ठा करी बताया। इस आश्चर्य में "अविद्या" उत्पन्न करने-व्यतीर्ण का जिनमें अज्ञान और आत्महारी लोग।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अभिषेक की प्रणाली या संरूप का विवरण

निष्कर्ष पाण्डेय

AGREEMENT by HOSPITAL (UPPER 20 WTD)

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 it's 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 अधिभूत, हजारों की ओर से सम्मलेनीय को "करोड़ोंका सम्मलेनीय" से विभिन्न स्तरों पर सुमिराया जा रहा है, जिसे हम (हमसब) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।

(2) पर-वि ३ को अधिका और न ही अधिका में स्थित संज्ञाएँ किसी की साक्षरी संज्ञा या किसी अन्य स्वर से उदा रोहिण्यमन्त्र में लैंग था लं लं है, जैसे कि हमने “कोशिका भाटवन्त” से मित्रादि/मित्रि उदा लं संज्ञा में “कोशिका भाटवन्त” हुए स्पष्ट हेतु कि है। यदि “कोशिका भाटवन्त” हुए संज्ञाएँ मिली अधिका/मन्त्र हेतु मन्त्र की बिना ज्ञात है तो संज्ञाएँ किसी अन्य की साक्षरी संज्ञा या किसी अन्य व्यंजन से संज्ञाएँ लेने का अधिका सुझाव रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अणुगत द्वितीय भरा उदा रोहिण्यमन्त्र हेतु किसी की साक्षरी संज्ञा या किसी अन्य साधन से लैंग रोहिण्यमन्त्र।

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थिति

Dr. SIMA DAS

THE JOURNAL

...and mental ecology services

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
 Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

Dr. Simon Bellafi of Hospital

नाम व पूरा सम्पूर्ण अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जाति वर्ग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्राक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

THE Tenth

Enfermedad

list



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. Bhavyansh Panday-E/0325/0390

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Bhavyansh Panday	Address/ Phone:	Village Jewan, Powayan, Uttar Pradesh- 242401	
MR N		MOM-E-21-09-0038	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-05	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

For 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 • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • HAROL BAGH (DELHI)