

DEL-C-21-06-0826

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building lives of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0325/0391

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

03-03-2025

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

ALOK KUMAR

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

06 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

ANIL SHAW (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

BHARUPUR, DIGHWARA, SARAN

CHAPRA, BHAR - 84307

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

VEGETABLE SHOP (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ ध्यान दें)

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

क्या आप आय का दाता हैं (को कान्य हो उस या नहीं का चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	ANIL SHAW	31	MALE	FATHER
2.	REKHA DEVI	22	FEMALE	MOTHER
3.	AMAN	03	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसके का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

NA

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता-रक्कम
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: under 20 years 10

- 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 यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कारण अथवा कुछ कारणों से तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से मिली जा रही है, प्रत्येक सहायता मेरी प्रार्थना को पूर्ण से पूर्ण तक संतुष्टि, को इस प्रश्न में बता रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस सहायता को, कौशिका फाउंडेशन से प्राप्त किया गया कोई भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (1000W 200 W-01)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 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 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए या जहाँ की बात समझ में आये (अर्थात्) अपने किसी भी पत्रिके पर यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, पुनः प्रकाशन करने, प्रसारित करने से मुझे परिचित्य और उपलब्धियों के बिना किसी भी प्रकार-मानव्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका जो विवरण जो इच्छा के साथ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि विवरण के उपरान्त में उल्लिखित हैं पूरी तरह-आपका का उपयोग नहीं करता। हम सम्पूर्ण से "कोशिका" द्वारा उक्त-जारीयों का निर्देश लेने और सामग्री होना:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

RESEARCH IN PROGRESS

અતીલ સાવ

AGREEMENT by HOSPITAL. (TYPE OR PRINT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इय्योक्तानां कं लिपि संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अपेक्षित की जायगी

05/03/25

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

Source: <http://www.uncs.org/>

NOTES

FOR INTERNAL USE OF KOSHINAFUNDATION

THE STAINA DINO

Function

ophthalmology and Ocular oncology service

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

www.pearsoned.com

[illegible]

SIGNATURE of TRUSTEE 1

बाली बाली

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

असम गणतन्त्र

1218



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 expenditures of Mst. Alak Kumar-E/0125/0391

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mst. Alak Kumar	Address/ Phone:	Bhairpur Digwara, Bihar-841207	
MH N		DEL-C-21-05-0825	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Item	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-03-05	EUA	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: soeh@soeh.net, Website: www.soeh.net

OTHER CENTRES

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