

MOM-6-31-08-1169

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0325/0392

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03-03-2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BHAVYA PANDEY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

05 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

NISHKARSH PANDEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

VILL. JEWAN, POWAYAN, UTTAR PRADESH
222401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

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

PAN No. (आवेदक का आयकर संख्या)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या सही का स्थान चिह्नित करें)

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 के साथ सम्बन्ध
1.	NISHKARSH	31	MALE	FATHER
2.	RAJ PUNJARA	28	FEMALE	MOTHER
3.	BHAVYANSH	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषीय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनोद का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

1.

2.

DIAGNOSIS:- RETINOCALASTOMA
TREATMENT:- EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

NA

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सो गयी सहायता पुरा

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)।
 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए झूठ बोल दिया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
 (2) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मेरी सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
 (3) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता से या भविष्य में भविष्य में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

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/post-upreproduce 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
 (1) इस प्रश्न में मैंने इसका या अपने को सत्य बताया है, मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी सहायता का, पता और मेरी विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
 (2) मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ सहमत हूँ कि मेरी सहायता का, पता और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा जारी, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
 (3) मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ सहमत हूँ कि मेरी सहायता का, पता और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा जारी, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 (अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान)

निष्कर्ष पाण्डेय

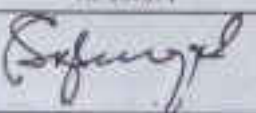
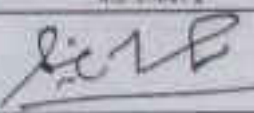
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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 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.
 हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
 (1) यह कि न तो हमारे पास न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकृत है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकृत है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकृत है।
 (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी या हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को पूरी जिम्मेदारी होती है हॉस्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/03/25	(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज नं. 000745 Dr. Anshu Gupta Anshu Gupta Hospital	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. सिमा दास Director Gynaecology and Obstetrics Department Anshu Gupta Hospital
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम सहकर्मी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम सहकर्मी 2
	



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 Baby. Bhavya Pandey-E/0325/0392

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Bhavya Pandey	Address/ Phone:	Village Jewan, Powayan, Uttar Pradesh- 242401	
MR N		MOM-G-21-08-1169	Age/Sex	5 years	Female
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

ALIWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)