

DEL-C-21-08-0089.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0324/0177** APPLICATION DATE: **25/3/24**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम: **NOOR FATIMA** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **3 YEARS** SEX लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवधु का नाम: **JUBER AHMAD (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान-आवासीय पता: **SADAR BAZAR, COLONEL GANG, GONDA, UTTAR PRADESH- 271502**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता:



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **30,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income) (अनुबन्धित प्रमाण के साथ संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे 'X' चिह्नित करें)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले के साथ संबंध
1	JUBER AHMED	53	MALE	FATHER
2	PARVEEN BANO	35	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विचार आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सुरक्षा योजना के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग चिह्नित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग चिह्नित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग चिह्नित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिखाने वाले विवरण का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी रकम स्वयं से लिये गयी है?

**NO**

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी रकम सहायता ली
	<b>NA</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक 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 & original 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 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, or the same for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण प्रदान करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ही का ली है, इसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारण किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस सहायता का आंशिक या पूर्ण रूप किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुरिष्ठ करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, यावना/किसी दूसरे उद्देश्य से बड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ही का ली है, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य से प्रारंभित है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रारंभित है, उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. के त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली के छाप

*(Signature)* (FATHER)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और मेरा नाम/पता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक स्थिति या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद उनी कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनति अस्वीकार/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सकारात्मक सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित करता है। इस पुरिष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी न हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या वित्तीय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>27/3/21</p>	<p><i>(Signature)</i> GUPTA 01/03/2021 FOLLOW: Oculoplasty &amp; Ocular Oncology हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रोज, व</p>	<p><i>(Signature)</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------



31 March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Noor Fatima- E/0324/0177

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadae bazar, Colone/ganj, Uttar Pradesh		
MR N	DEL-C-21-08-0089	Age/Sex	3 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-27	Examination under Anesthesia	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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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