

DEL-P-24-01-5896

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0324/0182 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 21/3/24

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: MAST SHAHAD AGE-YEARS आयु-वर्ष: 1 YEAR SEX लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम: SHAHZAD ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: BLOCK SARSAWA, DISTRICT SAHARANPUR, UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:



OCCUPATION: व्यवसाय: WELDING (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (X)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 1,80,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगायें): Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	SHAHZAD ALI		MALE	FATHER
2	RESHMA		FEMALE	MOTHER
3	TEJIA	15	FEMALE	SISTER
4	ZOYA	12	FEMALE	SISTER
5	ROZY	8	FEMALE	SISTER
6	MEHAR	5	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये चिन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता राशि
	NI	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथन 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 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 कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई गलत विवरण एवं झूठ कथन सत्य एवं सही है। मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने यहाँ कथन किये सभी विवरण सही एवं सत्य हैं।
- 2) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता नहीं ली है, तथा उपरोक्त सभी उद्देश्यों को पूर्ण से पूर्ण विषय समर्थन, मैं इस प्रश्न में मांग रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने कथन किये हुए सभी उद्देश्यों को नहीं है, तथा यहाँ का उद्देश्य या उद्देश्य होगा किन्तु अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)**

- 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/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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा जारी, दान, प्रचारण या प्रसारण में मुझे प्रोत्साहित करने के लिए विभिन्न माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकें। मेरे नाम का विवरण को प्रकाशित करने या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे प्रकाशित कर सकें।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, अंगुली के छाप और मेरे विवरण को प्रकाशित करने के उद्देश्यों में प्रकाशित होने वाले: कोशिका का हस्ताक्षर जो मेरा नाम प्रकाशित करे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित भरोसे का विवरण प्रकाशित कर सकें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION  
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली के छाप

शहीदाय अली (FATHER)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

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.

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में मैंने किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई उद्देश्य है, जैसे कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगता है कि मैंने वित्तीय सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य है, तो मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा उपाय लेने वाले रोगी को कोशिका फाउंडेशन द्वारा उपाय लेने का कोई उद्देश्य नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होने वाले हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीयता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>23/3/24</p>	<p>Dr. CHANDAN GUPTA DMCC/1290245 (Name of Doctor to Sign &amp; Seal with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1914...

31<sup>st</sup> March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Md Shahad- E/0324/0182

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Md Shahad	Address:	Block Sarsawa, District Saharanpur, Uttar Pradesh	
			Phone:		
MR N		DEL-P-24-01-5896	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-23	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			20000

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)