

MR No- SRE-C-23-04-0321

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: E/0423/0001
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 07/04/2023
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Sufiyan
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

3 Years

SEX लिंग

Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Shahjad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KOTUBPUR, WAJIDPUR MATBAIA, SAMARANPUR
UP- 247232

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: DRIVING (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 सम्बंध
1	SHAHJAD	45	MALE	FATHER
2	RUKSANA	25	FEMALE	MOTHER
3	SOFIYA	2	FEMALE	SIBLING
4	JAVED	24	MALE	UNCLE
5	ABDUL	18	MALE	UNCLE
6	MCHIRAJ	15	FEMALE	AUNT

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सुरोक्षी रेशन कार्ड के साथ 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 (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA
2	TYPE OF TREATMENT- CHEMOTHERAPY CYCLE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच वाचन सहाय्य प्राप्त जाता है तो उसे सहाय्य प्राप्त होना चाहिए है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहाय्य हेतु न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिये है और न ही लिये में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

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/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 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 बात पर अपने इच्छापूर्वक से सहमति की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा पत्रों, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से मुझे सौंपने और प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण में प्रत्येक को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहाय्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उससे निर्णय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

रुक्सा

(MOTHER - RUKSANA)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

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 की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य 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 सहाय्य किसी और स्रोत/सहाय्य या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहाय्य से या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहाय्य से या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहाय्य वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहाय्य या किसी अन्य सहाय्य/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविक्त या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

DR. CHHAVI GUPTA

DR. CHHAVI GUPTA

DMCC/R/109745

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Fellow, Gynaecology & Gynecological Oncology

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 110002

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2



भारत-सर्वकार
Government of India





Sufyan
Sufyan
जन्म तिथि/DOB: 13/10/2019
लिंग/ GENDER: MALE

आधार कार्ड जारी करने की तिथि/Date of Issue: 14/03/2023

आधार नंबर/UID Number: 6107 0657 6228

VID : 9145 5716 8184 7915

मेरा आधार, मेरी पहचान

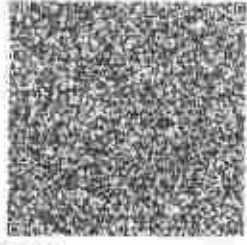


भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India



पते:
S/O शाहिद, कृतपुर, कृतिपुर मजबे, सहारनपुर,
उत्तर प्रदेश - 247232

Address:
S/O SHAHID, KUTUPUR, Wajidpur Majbata,
Saharanpur,
Uttar Pradesh - 247232



आधार नंबर/UID Number: 6107 0657 6228

VID : 9145 5716 8184 7915



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

28th April 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sufiyan-E/0423/0001



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

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name		Sufiyan	Address/ Phone:	VILL WAJIDPUR TEHSIL NAKUR DIST SAHARANPUR	
MR N		SRE-C-23-04-0321	Age/Sex	3 years 6 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	13-04-2023	Chemotherapy	2500	1	2500
2	07/04/2023	Examination Under Anesthesia (EUA)	2000	1	2000
3	08-04-2023	MRI scan(Mahajan)	6500	1	6500
		Total	11,000		11,000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services