

MR No- DEL-P-21-02-3453

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : E/0523/0003APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 2023-05-31NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम ARBAAZ

AGE-YEARS आयु-वर्ष 3 years

SEX लिंग MALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 17, MUHHIDINIPUR, DABARJI, GHAZIABAD,  
UTTAR PRADESH- 201302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :  
व्यवसाय DRIVER (Father)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय 48,000 (Family)(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी सहायता 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 लगाएं)Yes / No  
हां / नहीं NO

## 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 संबंध
1	SHAHNAWAZ	40	MALE	FATHER
2	SHAHANA	35	FEMALE	MOTHER
3	VARISHA	80	FEMALE	GRANDMOTHER
4	RIHAN	14	MALE	BROTHER
5	FAIZAN	12	MALE	BROTHER
6	NIDA	10	FEMALE	SISTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गरीबिनी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पुरी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत धारा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यंत्रि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यंत्रि का आर्थिक या सफल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तिपोषक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायियों, पत्र, वाक्यांश, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त हो जाने के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

*[Handwritten Signature]*

(Father - Shah Nawaz)

**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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामलें-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिस 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 और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिस/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आर्थिक/सफल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलहत या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>29.05.2023</p>	<p><i>[Signature]</i> Dr. Chhikara Gupta DMCC/R/100745 (Name of Dr. &amp; Designation) हस्ताक्षर के नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.</p>	<p><i>[Signature]</i> Dr. SIMA HAS Head of Department (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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

Article 2

भारत सरकार  
Government of India

नाम: शहाबुज  
जन्म तिथि/DOB: 01/01/1983  
लिंग/ GENDER: MALE

Issue Date: 09/11/2014

2229 7980 4919  
VID : 9187 4472 2319 9808

मेरा आधार, मेरी पहचान

Father of Arbaz

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण  
Unique Identification Authority of India

पता:  
S/O: शहाबुज, 17, मुहम्मदपुर डबारा, गाँव, गाँव  
मुहम्मदपुर डबारा, गाँव, गाँव  
पिन कोड - 201302

Address:  
S/O: Shahabuj, 17, muhammadpur dabara,  
Muhammadpur Dabara, Ghaziabad,  
Uttar Pradesh - 201302

2229 7980 4919  
VID : 9187 4472 2319 9808

1887 | Unique Identification Authority of India | www.uidai.gov.in



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

Caring for the community since 1914...

31st May 2023



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 Arbaaz -**E/0523/0003**

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

<b>Name</b>		Arbaaz	<b>Address/ Phone:</b>	17, Village Muhhidinipur, Tehsil Dabarsi, District Ghaziabad, Uttar Pradesh-201302	
<b>MR N</b>		DEL-P-21-02-3453	<b>Age/Sex</b>	3 years	Male
<b>S. No.</b>	<b>Treatment date</b>	<b>Items</b>	<b>Cost per Unit</b>	<b>No. of unit</b>	<b>Aprox. Cost</b>
1	31/05/2023	MRI ( Mahajan)	6500	1	6500
2	29-05-2023	EUA(Examination under Anaesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>	8500		8500

Best Regards

**Dr. Sima Das**

**Director**

**Oculoplasty and Ocular Oncology Services**

*Dr. SIMA DAS*  
Head of Department  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Regd. No. 00291  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
5027, Kedar Nath Road,  
Daryaganj, New Delhi-110002

**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 : cesh@cesh.net Website : www.cesh.net