

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

E/05/23/0005

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 2023 : 05.31

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

GULAAM MUKAJIR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

2 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

MD MOJAMAIL ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

WARD 10, BANKA GUSARAI, BIHAR, 851211

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

Father

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जविवहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

1,20,000

Family

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

NO

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | MD MOJAMAIL                                       | 28                         | MALE           | FATHER                                         |
| 2                      | RAKIMA KHATOON                                    | 20                         | FEMALE         | MOTHER                                         |
| 3                      | FURKAN                                            | 6 MONTHS                   | MALE           | BROTHER                                        |
| 4                      | MD KASIM                                          | 57                         | MALE           | GRANDFATHER                                    |
| 5                      | ANISA KHATOON                                     | 55                         | FEMALE         | GRANDMOTHER                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS- RETINO BLASTOMA                                                                   |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

No

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लिया गया सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        | 10                                        |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

**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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले 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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एमम् न्यासीयों, दन, वाचनरूप या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे हस्ताक्षर के पालने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एमम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

ताओ मोजमिल

(Father - Md. Mojmail)

**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, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान 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 ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भर्ष हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अशुभ/सफल हेतु मन्सुर नहीं किया जाता है तो आस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तोषन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्थन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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 सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" या कोई धूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

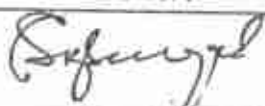
|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>01-05-2023 | <br><b>Dr. Chhavi Gupta</b><br>DMCC/R/100745<br>(Name of Dr. & Designation & ID No.)<br>Senior Consultant & Head of Surgery<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व आई. नं. | <br><b>Dr. SIMA DAS</b><br>Head of Department<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br>5027, Kirti Nagar<br>Connaught Place, New Delhi-110002 |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

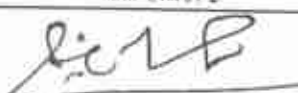
**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2



Father of Gulam  
Dec-G-22-12-6855

 भारत सरकार  
Government of India



मो मोक़मूल हाक़ी  
Md Moqamul Haque  
जन्म तिथि DOB 01/01/1965  
पुरुष / Male



6570 0282 1824

मेरा आधार, मेरी पहचान

 भारत का पहला पहचान अधिकांश  
Unique Identification Authority of India

पता C/O मो क़ासिम, बंक, वॉर्ड-10, बैंक रोड  
बेगूसराय, बिहार, 851211  
Address C/O Md Kasim, bank ward-10, Bank  
Bank, Begusarai, Bihar, 851211



6570 0282 1824

 1947

 [help@uidai.gov.in](mailto:help@uidai.gov.in)

 [www.uidai.gov.in](http://www.uidai.gov.in)

31st May 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Gulaam -E/0523/0005

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

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

| Name   |                | Gulaam                             | Address/<br>Phone: | Ward 10, Bank Begusarai, Bihar, 851211 |              |
|--------|----------------|------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------|
| MR N   |                | DEL-G-22-12-6855                   | Age/Sex            | 1 year                                 | Male         |
| S. No. | Treatment date | Items                              | Cost per Unit      | No. of unit                            | Aprox. Cost  |
| 1      | 01/05/2023     | MRI ( Mahajan)                     | 6500               | 1                                      | 6500         |
| 2      | 01/05/2023     | EUA(Examination under Anaesthesia) | 2000               | 1                                      | 2000         |
| 3      | 01/05/2023     | Genetic Test                       | 20000              | 1                                      | 20000        |
|        |                | <b>Total</b>                       | <b>28500</b>       |                                        | <b>28500</b> |

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