

DE- G- 22-12-6855

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0524/0035

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/5/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MAST GULAAM

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 2 YEARS  
SEX / लिंग : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रुप का नाम : MD MOJAMAIL ALI (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान-आवस्य स्थल : WARD-10, BANK-BEGUSARAI, BIHAR-851311

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास स्थल

OCCUPATION / व्यवसाय : FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : NA

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / सर्वोपयोगी पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	MD MOJAMAIL	38	MALE	FATHER
2	RAKIMA KHATOON	30	FEMALE	MOTHER
3	FORKAN	1	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 विचारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NO

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

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

- 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.
  - 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.
  - 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 असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड मांगा 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को प्रेरित करने के लिए प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में दिये गए विवरणों में बदलाव के बिना मेरी छवि का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" और/या अन्य माध्यमों के लिए किया जा सकता है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को प्रेरित करने के लिए प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में दिये गए विवरणों में बदलाव के बिना मेरी छवि का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" और/या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को प्रेरित करने के लिए प्रसारित किया जा सकता है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  
 कोशिका खातून

**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 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/प्रेषण को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगा जाएगा, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रेषण के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु मिलेगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/संभव हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत का किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" 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 फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/चिकित्सा और अन्य मामलों को सारे विनिर्देशों के अंतर्गत ही रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**Dr. SIMA DAS**

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
23/05/24

**Dr. BHAVI GUPTA**  
098100745  
Fellow of Indian Society of Ocular Oncology  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रीज. नं.

Head of Department,  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Reg. No. 00391  
Dr. Sima Das Ocular Eye Hospital  
5037, Madanmohari Road,  
Daryaganj, New Delhi-110002

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1  
*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2  
*[Signature]*



31st May, 2024

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Gulaam Mukajakkir-E/0524/0035

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Gulaam Mukajakkir	Address/ Phone:	Ward-10, Bank begusarai, Bihar-851211	
MR N		DEL-G-22-12-6855	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.05.23	EUA	2000	1	2000
		<b>Total</b>			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)