

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/0525/0048

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

26/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

NYRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

03 YEARS FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

SAMSUL HASAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MOHILLA GAYSAHUR, PILLURHILL, BISALPUR, I.P.
262201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

CLOTH VENDOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन 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 लगा दें)

Yes / No

हां / 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 संबंध
1.	SAMSUL HASAN	36	MALE	FATHER
2.	ABIBA	26	FEMALE	MOTHER
3.	ANAYA	03	FEMALE	SISTER
4.	SHALIAN	04	MALE	BROTHER
5.	TEVAN	05	MALE	BROTHER
6.	MEENATI	60	FEMALE	GRANDMOTHER
7.	PARZANA	31	FEMALE	AUNT

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई रेखा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

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

DECLARATION by APPLICANT. आवेदनक हुन घोषणा करै:

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) मै यहाँ पर बतात हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञानकी बेहतरीन सी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोसिका फाउन्डेशन", से जो मैं चाहता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं यहाँ पर बतात हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस राशि का वापस या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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/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 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 प्रकार का करार रखना या करार को लागू कराना, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "बोसिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, जैसे "बोसिका" पत्रिका, वेब, साप्ताहिक पत्रिका, दूरदर्शन व रेडियो प्रसारणों या उपचार/उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी प्रकाशित हो जाने का मैं करने के लिए "बोसिका फाउन्डेशन" से अपनी स्वीकृति है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के सन्दर्भ में प्रकाशित करने से मेरी सहायता का संपूर्ण नहीं करता। इस मामले में "बोसिका" पत्रिका, वेब, साप्ताहिक पत्रिका, दूरदर्शन और रेडियो प्रसारणों का निर्णय बोसिका और ट्रस्टीको होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

शम्भु कुमार

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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से सम्बन्धित को "बोसिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज के लिए कर ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "बोसिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "बोसिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "बोसिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/अल्प हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस तथ्य में सत्य कहा जाता है कि हमारा वित्तीय भार उस रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेती।
- 2) "बोसिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे यहाँ ही रहता है या किने लगे उपचार/उद्देश्यों का चुनाव रोगी एवं हमारा को बीच का विचार है और "बोसिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारा यहाँ रोगी के इलाज सुझा और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा को होगी और "बोसिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सवीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/5/25	Dr. CHIRAN GUPTA (Name of Dr. & Reg. No. With Stamp) Surgeon/Physician/Orthopaedic Services Hosp. No. 100000	Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Orthopaedic Surgeon (Hospital) Hosp. No. 100000
---	---	---

Dr. FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्र उपयोग हेतु - कौशल F

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 Signature	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 Signature
--	--



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Nayra- **E/0525/0048**

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Baby Nayra	Address/ Phone:	Mohalla Gaysapur, Pilibhit, Bisalpur, Uttar Pradesh-262001	
MR N		MOM-E-25-02-2626	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	28/05/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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)