

DEL-C-21-08-0089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/0525/0049

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

1/5/25

NAME of APPLICANT
आवेदनकर्ता का नाम

NOOR FATIMA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

05 YEARS FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पति का नाम

TUBER AHMAD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS
वर्तमान निवास पता

SADAR BAZAR, COLONIALS, GONDA, U.P. - 241502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS
स्थायी निवास पता



OCCUPATION
व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

30,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूतแนसे)

PAN No. टैक्स पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
आप आय करदाता हैं (जो खण्ड इस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS (पिता/पिता)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से संबंध
1	TUBER AHMAD	53	MALE	FATHER
2	PARVEEN BANO	35	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए निम्न आधार

BP Card (Attach Card Copy) रक्तचाप मापन के रिकॉर्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
आवेदन हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से संबंधित सभी प्रमाण पत्र
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2	TREATMENT - EYE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am not a U.S. citizen or permanent resident alien. ☐ I am a U.S. citizen or permanent resident alien.

- 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 Konarka 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 elsewhere, 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच या सही नहीं होगा तो मेरी आवेदन पत्र को या मेरे हित को नुकसान होगा।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कॉन्कार्का फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए करूँगा, जो इस आवेदन में सच एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं कहीं और भी इस राशि के लिए कोई भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से कोई भी राशि नहीं ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (NUMBER 2011-0411)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/composite 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.
- 3) इस प्रश्न का उत्तर दायज या चले की बात समझा है, मैं (आवेदक) अपनी खासियत की वृत्ति बता रहा हूँ "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उस "कोशिका" कारण खासियत, चले, समझाया दूसरे उद्देश्य में पूरी खासियत और खासियतों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न की खासियत का चले के चले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के खासियत अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से समझता हूँ कि मेरा नाम, पते, पते और विवरण जो कि मेरा नाम के उद्देश्य में घोषित है, वह खासियत और खासियतों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न की खासियत का चले के चले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के खासियत अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अपराध के इलाका के लोगों का निवास

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

AGREEMENT by HOSPITAL: (Print or type)

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this participant for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 21) That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, as we are requesting to get from Koschika Foundation, so the extent that such assistance is granted by Koschika Foundation, if the requested assistance is not granted by Koschika 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/declaration states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/cases from any other NGO or any other source.
- 22) The assistance from Koschika 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 Koschika Foundation, hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koschika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

[illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोगसूत्रों के लिए संशुद्धि

Date of Surgery

अभिप्रेतम् यो नास्ति

5/5/25

Dr. CHHAVI GUPTA

Name of Dr. & Resn. No. with Stamp)

Dr. SIMA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Occupancy on behalf of the establishment
Director, M. S. T. Road, ...

© 2022 INTERNAL USE OF NIMISHKA FOUNDATION

अन्तीक तन्त्राङ्गिकाः

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: _____

Sefer 7th

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रजित् २

hier



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Certified by NABH Accredited

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Noor Fatima- E/0525/0049

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadar Bazar, Coloneiganj, Gurgaon, Uttar pradesh-271502	
MR N		DEL-C-21-08-0089	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	05/05/2025	Examination under anesthesia	2000	1	2000
		Total			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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)