

DEI-4-19-07-4937

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/0525/0054

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/5/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

ABDUL SAMAD

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

09 YEARS MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

AHMAD ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SULTANPUR KHAS, MAHIMA, ALHAMMAD
U.P. - 212507.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

TAXI DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर शुद्ध हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	AHMAD ALI	41	MALE	FATHER
2.	NOOR KANA	35	FEMALE	MOTHER
3.	HARISH	02	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता को लिये विवरी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लिये विवरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें।

- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं असत्य जानकारी दी जा चुके हो तो मैंने स्वयंसेवक निषेध की जा चुके हो।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने स्वयंसेवक से पहले या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड है और न ही वापस न लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/post-up/produce 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या छापे को जोड़ कर सत्यापन, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, चित्र/चित्रण द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए अन्य स्रोतों से धन/सहायता के लिए किसी भी प्रकार सत्यापन से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" त नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे उम्मीद: सहायता का हस्ताक्षर नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद-नामितों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान

[Signature]

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 this matter.
 - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ कर सत्यापन को "कोशिका फाउंडेशन" के वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिन्हें हमारे से सत्यापन व स्वीकार कर रहे हैं।
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता सत्यापन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद होगी/सत्यापन में लगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उम्मीद की सत्यापन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी स्वीकृति/सत्यापन हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उम्मीद होगी/सत्यापन हेतु किसी भी सहायता सत्यापन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जा सकती।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" में लगे गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चले गये सहायता या किसी अन्य सहायता/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। स्वतंत्र हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अन्योक्तों के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/5/23	<i>[Signature]</i> Dr. CHITRA GUPTA Adjunct Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर और पंजीकृत संख्या के साथ मुहर	<i>[Signature]</i> Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Oculoplasty and Visual Surgery Department Director, Medical Education Department Koshika Foundation
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आवेदनक के हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती 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 Mast. Abdul Samad- E/0525/0054

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Abdul Samad	Address/ Phone;	Sultanpur, Khas-Maulana, Allahabad, Uttar Pradesh-212507	
MR N		DEL-G-19-07-4937	Age/Sex	9 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	12/05/2025	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 KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)