

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: E/1223/0057
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 5/12/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: SABRIN KHATOON
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

5 YEARS

SEX लिंग

FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME: NAUSHAD ANSARI (FATHER)
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

MADZA POST DISTRICT JAMOI VIHAR
811305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

OCCUPATION: LABOURER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,20,000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. आई.टी.एन. संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर चिह्न का निशान 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	NAUSHAD ANSARI	40	MALE	FATHER
2	SUHAN KHATOON	35	FEMALE	MOTHER
3	ARBAZ ANSARI	17	MALE	BROTHER
4	SHAISTA KHATOON	15	FEMALE	SISTER
5	MEHRAB ANSARI	11	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 लिये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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, if any, 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(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं फर्कत सम्बंध बना रहा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका प्रयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, तथा यदि का अर्थिक या स्वास्थ्य संबंध किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से - तो नहीं है और मैं इसे कभी नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/propagate 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूरदर्शन, दूरभाष, अर्थिक या स्वास्थ्य संबंध किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से - तो नहीं है और मैं इसे कभी नहीं लूँगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता प्राप्त करने का इच्छा नहीं है। इस मामले में "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूरदर्शन, दूरभाष, अर्थिक या स्वास्थ्य संबंध किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से - तो नहीं है और मैं इसे कभी नहीं लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Nousood Ali

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमारे सहायता किसी भी सहायता सम्बंध या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी क्योंकि हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/स्वास्थ्य संबंध किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से - तो नहीं है और मैं इसे कभी नहीं लूँगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि प्राप्त होगी, उसका प्रयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सत्य एवं सही है। इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूरदर्शन, दूरभाष, अर्थिक या स्वास्थ्य संबंध किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से - तो नहीं है और मैं इसे कभी नहीं लूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. CHHAVI GUPTA DMCC/R/100740 Fellow Oculoplasty & Ocular Oncology हस्ताक्षर की तारीख 15/06/2023	Dr. SIMA DAS Fellow Oculoplasty & Ocular Oncology (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम पर हस्ताक्षर और मुद्रा अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2



भारत सरकार
Government of India

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

नमोकरण क्रम/Enrolment No.: 0168/13018/13014

To
1200 5020 8212
No Requested Address
C/O: Md Fard Ansari
Grama - Maura
Post - Maura
Thane - Gidhaur
Dist - Jharkhand
Gidhaur
Bihar - 811305
8889211735



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

2600 5020 8212

VID : 9109 5215 1590 8733

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार
Government of India



नमोकरण क्रम/Enrolment No.
1200 5020 8212
C/O: Md Fard Ansari
Grama - Maura
Post - Maura
Thane - Gidhaur
Dist - Jharkhand
Gidhaur
Bihar - 811305

2600 5020 8212

VID : 9109 5215 1590 8733

मेरा आधार, मेरी पहचान



Government of India



सूचना / INFORMATION

- आधार पहचान का प्रमाण है, जगहिकता का नहीं।
- आधार विशिष्ट और सुरक्षित है।
- सुरक्षित लघुअनलॉक कोड/ऑनलाइन एक्सेसपल/ऑनलाइन प्रमाणिकता के उपयोग करने पर आधार सत्यापित करें।
- आधार के साथ ही आपके आधार पत्र, पीवीसी कार्ड, ई-आधार और कम-आधार समान रूप से मान्य हैं। 19 अक्टूबर को आधार संख्या के स्थान पर आधार आई (वर्चुअल) आधार पहचान (VID) का भी उपयोग किया जा सकता है।
- 19 साल से कम हो कम एक बार आधार अपडेट करवा करें।
- आधार आपको विभिन्न सरकारी और गैर-सरकारी योजनाओं/सेवाओं का लाभ उठाने में मदद करता है।
- आधार से अपना मोबाइल नंबर और ई-मेल आईडी अपडेट करें।
- आधार सेवाओं को लाभ उठाने के लिए स्मार्टफोन पर mAadhaar ऐप इंस्टॉल करें।
- आधार/बायोमेट्रिक्स को सॉफ्ट/अनलॉक करने की विशेषता का उपयोग सुरक्षित सुविधाएं करने के लिए करें।
- आधार (चुने नंबर) प्राप्त करने वाली संस्थाओं को उचित मंजूरी देने के लिए बाध्य किया गया है।
- Aadhaar is a proof of identity, not of citizenship.
- Aadhaar is unique and secure.
- Verify identity using secure QR code/online XML/online Authentication.
- All forms of Aadhaar like Aadhaar letter, PVC Cards, eAadhaar and mAadhaar are equally valid. Virtual Aadhaar Identity (VID) can also be used in place of 12 Digit Aadhaar number.
- Update Aadhaar at least once in 10 years.
- Aadhaar helps you avail various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app on smart phones to avail Aadhaar Services.
- Use the feature of lock/unlock Aadhaar/biometrics to ensure security.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek due consent.



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India



पता:
पुनः मे लोके जगह, राम-मौरा, पोस्ट-मौरा, थाने-गिधौर,
जिला-मुंगेर, नमो, बिहार - 811305

Address:
C/O: Md Fard Ansari, Grama - Maura, Post - Maura, Thane - Gidhaur, Dist - Jharkhand, Gidhaur, Bihar - 811305



2600 5020 8212

VID : 9109 5215 1590 8733

1800 121 121 | helpline@uidai.gov.in | www.uidai.gov.in



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

31st December 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sabrin Khatoon- E/1223/0057.

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

Name		Sabrin Khatoon	Address/ Phone:	Mauza post District Jamui Bihar 911305	
MR N		DEL-G-19-07-3415	Age/Sex	5 years	Female
S. No	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	07-12-23	Examination under Anaesthesia (EUA)	2000	1	2000
2	08-12-2023	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500


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)