

DEL-P-28-10-0104

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0624/0058

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/6/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BABY NAZMI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

2 YEARS

SEX लिंग

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

ARIF HASAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

HND-296, NARDEHAS KAR, TALAB, JHAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्वयं खता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बन्ध
1	ARIF HASAN	40	MALE	FATHER
2	ZABUN NISHA	40	FEMALE	MOTHER
3	AZMI	7	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्धारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रस्योक्त कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किस प्रकार का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु 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 AWARDED कितनी राशि सहायता मिली
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा भविष्य पर)

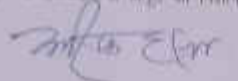
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null & void for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "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 insurance/employer/insurance company of the assistance for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठ/गलत एवं कथित सच/सच्यता पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरी प्रार्थना की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में सच बताई है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, अब नहीं करूँगी और भविष्य में किसी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किया है और न ही भविष्य में मुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, मुँह, प्रकाश/चित्र, इलेक्ट्रॉनिक, जैसे-जैसे वे मुझे जानकारी देंगे, उनका उपयोग करके दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन की गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए किया जाएगा। मेरे फॉर्म पर मेरे विवरण का प्रयोग मेरे इलाज के पूरा होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है। मेरी सहायता के लिए मेरी प्रार्थना के पूर्ण होने के बाद भी मेरी सहायता का प्रसारण जारी रहेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा, उनके "ट्रस्टी" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 (Father)
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

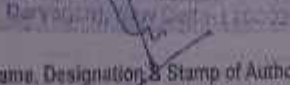
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.

इससे अधिलेखित, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की ओर से नाम/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु प्रार्थना नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रार्थना में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु प्रार्थना की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही तय किया जाता है कि रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी को हस्तगत सुझाव और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

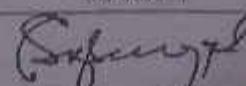
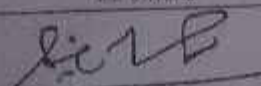
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संशुद्ध

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/6/24	 Dr. CHHAVI GUPTA DMCCB/160745 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नंबर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th June, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Nazmi- E/0624/0058

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Nazmi	Address/ Phone:	H No. 298, Narobhaskar, Jaisoun, Uttar Pradesh	
MR N		DEL-P-23-10-0104	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1.	2024.06.13	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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)