

DEI-4-24-03-5504

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0525/0062

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

10/5/25

NAME of APPLICANT

अर्क्षक का नाम

MD. HASAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

05 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

ALI MOHD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GIVRA TANDA, BELA, KHEER, U.P. - 202402.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (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. संपादित संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो प्रासंगिक 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2.	SAMIRA	36	FEMALE	MOTHER
3.	SHERBANO	03	FEMALE	SISTER
4.	MD. MUHAMMAD	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विचार आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु को चिह्न लगाएं 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवेक का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NA

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता पत्र
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: जावेदक द्वारा घोषणा की

- 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) मैं यहाँ पर यह है कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य करने अथवा सच कहना है तो मेरी प्रार्थना कि मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है।
- 2) मैं यहाँ पर यहाँ पर "कौशल विकास प्रोग्राम", मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है, जिसका उपयोग इसी प्रोग्राम की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह है कि मैं इस प्रश्न में पूछा गया है, जो मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है, जो मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है और मैं इसे सच एवं सही है।

AGREEMENT by APPLICANT (同意する者の署名)

- AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक 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-upreproduce 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.
- 3) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ इस फॉर्म पर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हैं, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, वाक्यांश द्वारा इत्यादि से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से त्रुस्तियों अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को इत्यादि से प्रोत्साहित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन त्रुस्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन के समक्ष या तब के दिनांक



AGREEMENT by HOSPITAL CENTER FOR MEDICAL RESEARCH

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 not be involved in the matter.

1) यह कि न तो कार्यवाही और न ही अदालत में महिला सम्मान के साथ की जायेगी।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिशों के लिए संस्कृति

Date of Surgery शल्यक्रम को तारीख 12/5/20	Dr. CHHAVI GUPTA Surgeon Consultant (Name of Dr. A. Regn. No. with Stamp) Ophthalmology and Uveitis Specialist M.D. (OP) 186 81992/18 एच. 9. Dr. S. P. Chhabra, Chairman, Eye Hospital	Dr. SHAMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Deput. Secy. Health & Family Welfare Services Dist. W. & F. Officer, District Health Department Dist. W. & F. Officer, District Health Department Dist. W. & F. Officer, District Health Department Dist. W. & F. Officer, District Health Department
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2	
		



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. Mohd Hasan- **E/0525/0062**

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Gulra Tanda, Bela, Kheri, Uttar Pradesh-262902	
MR N		DEL-G-24-03-5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	12/05/2025	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)