

VRN- C-23-05-0752

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: E/0624/0063

APPLICATION DATE: 5/6/24

NAME of APPLICANT: BABY AASHIFA

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

SEX लिंग

5 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAVED (FATHER)

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक निवास पता

MIDHI, VYADARI, GALLI- CHAMUNDA, ACHARD  
LAHORA, MATHURA, RAJA, UTTAR PRADESH  
281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

OCCUPATION: VEGETABLE SELLER (FATHER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 84,000 (FATHER)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन नंबर

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

Yes / No

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | JAVED                                             | 28                         | MALE           | FATHER                                          |
| 2                      | RANI                                              | 26                         | FEMALE         | MOTHER                                          |
| 3                      | AVASHA                                            | 3                          | FEMALE         | SISTER                                          |
| 4                      | AVAT                                              | 2                          | FEMALE         | SISTER                                          |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                                                         |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>जन्य आय नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या बिस्म का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA                                              |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |
|                        |                                                                         |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

No

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितना मदद मिल रहा है |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        | 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 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही व सत्य हैं। कोई भी झूठा विवरण दान करने वाले को इस सहायता मिलने की संभावना नहीं है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही माँगा है, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को ज्ञात करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी माध्यम, जैसे कि मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, जैसे कि दूरदर्शन, से मुझे भविष्य में और वर्तमान में मुझे मिलने वाले सहायता को प्रचारित करने के लिए उपयोग करे। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा को साबित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता को उपलब्ध करने के लिए मैंने माँगा है, जिसका उपयोग इस सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी माध्यम, जैसे कि मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, जैसे कि दूरदर्शन, से मुझे मिलने वाले सहायता को प्रचारित करने के लिए उपयोग करे। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा को साबित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

RANI (Mother)

## 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 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.

इस प्रकार, निम्नलिखित, हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले के हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हस्पताल) निम्नलिखित का स्वीकार करते हैं:

- 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.

- 1) हम (हस्पताल) इस बात से सहमत हैं कि हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोग के लिए सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) को इस सहायता को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार, हम (हस्पताल) इस सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को पूरी जिम्मेदारी दे रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें मिलती है, वह केवल वित्तीय है। रोगी पर हमारे द्वारा किए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे द्वारा रोगी के उपचार, सुरक्षा और उसे जल्दी ठीक करने के लिए हमारे द्वारा किए गये उपचार को हम (हस्पताल) को पूरी जिम्मेदारी दे रहे हैं।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संस्तुत

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

6/6/24

Dr. CHHAVI GUPTA  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2

[Signature]

30<sup>th</sup> June, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Aashifa- E/0624/0063

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                   |                      |                    |                                                                                     |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                   | Aashifa              | Address/<br>Phone: | Mohi Vyapari, Gali-Dhaumda,<br>Achru, Lahora Mathura, Raya Uttar Pradesh-<br>281204 |             |
| MR N                                                                                               |                   | VRN-C-23-05-<br>0752 | Age/Sex            | 5 years                                                                             | Female      |
| S. No.                                                                                             | Treatment<br>date | Items                | Cost per<br>Unit   | No. of unit                                                                         | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 2024.06.06        | 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)