

DEL-C-21-08-0089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : E/0124/0065
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 1-1-24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NOOR FATIMA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 3
वर्ष

3 YEARS

SEX : FEMALE
लिंग

FEMALE

FATHER/HUSBAND'S NAME : ZUBAIR AHMED (FATHER)
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
वर्तमान निवास का पता

SABAR BAZAR, COLONELGANJ, GONDA
UTTAR PRADESH - 271502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी निवास का पता



OCCUPATION : LABOURER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत मिलाए)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य उसे पर सही को चिह्नित करें)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS: (विवरण दें)

Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	ZUBAIR AHMED	43	MALE	FATHER
2	PARVEEN BANO	35	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जोड़ने होंगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ईएससी प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जोड़ने होंगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जोड़ने होंगी)	Any Other Basis/Proof कोई और आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये जाने वाले उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई सहायता कितनी
	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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। किसी भी गलत बयान को ग्राह्य करने का मैं को भी सहमत रहित को वांछनीय नहीं है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग में लायी जायेगी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से अपने उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लूँगा 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/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 it's activities/performances. 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 (अर्शक) अपनी सहमति को ग्राह्य करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में घोषणा करे, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, वाक्यवाचक दूर, अंतरिक्ष से जुड़ी प्रसारण और-उपकरणों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को किसी भी प्रकार से प्रसारित करने से मुझे स्वतंत्रता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सलाह और सहायता को अंतिम माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature) (FATHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing remuneration, 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 the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और न भवितुं/होए को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है। जिसे हम (हस्पताल) विना प्रश्न के मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी स्वरूप से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होएगी, जो हमें प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/सहायता हेतु प्रस्तावित किया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई संबंध नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने करने को जारी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेसन का तारीख 11-01-2024	 Dr. CHHAVI GUPTA DMCC/R/100745 (Name of Dr. & Reg. No. with Specialty) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. SIVA DAS Head of Department Oncology & Radiotherapy (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. सिवा दास फंडेशन का अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 
--	---


भारत सरकार
 Government of India


श्री सुनील
 Name: Sunil
 Date of Birth: 14/05/2020
 Gender: MALE

8352 8577 0930
 VID : 9189 6844 7113 8062

मेरी आरटीए, मेरी पहचान


भारत सरकार
 Government of India

श्री
 ए. सी. लक्ष्मी, एम. टी. सै. बस, बंगलुरु, एम.
 पोस्ट - 771502

Address:
 P.O. Laxmi, M.T. S.S. Bus, Bangalore, M.
 771502
 State/Territory - 771502



8352 8577 0930
 VID : 9189 6844 7113 8062

31st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Noor Fatima-E/0124/0063

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

Name	Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadar Bazar, Coloneiganj, Gonda, Uttar Pradesh-271502		
MR N	DEL/C-21-08-0088	Age/Sex	3 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	11/01/2024	Examination under Anaesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Dr. SIMA DAS
Head of Department
Oculoplasty and Ocular Oncology
Regd. No. 00292
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road,
Daryaganj, New Delhi-110002.

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)