AWR C-2502-0490

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	E/0525/0071	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	8/5/25
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	YUSUF KHAN	AGE-YEARS आयु-वर्ष	04 YEARS
		SEX लिंग	MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	SUBEDAR (FATHER)		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
GURERA, VISHARI, MUHAMMADI, KHERI, U.P - 262804.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय	LABOURER (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	84,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. स्थाई खाता संख्या		

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : Yes / No
क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें). 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 सम्बंध
1.	SUBEDAR	35	MALE	FATHER
2.	MEENA	32	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ अक्षम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES 10 -
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा पत्र

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण मिथ्या पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की घोषणा करता/करती "कोशिका फाउंडेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का, आंशिक या सकल रूपेण किसी अन्य संस्था/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/put-upon/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, इस "कोशिका" एवम् न्यासी, एवं, सम्बन्धित मुद्दों उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण जो इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल 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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाने में, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से तथा रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदित/निर्दिष्ट उक्त के मामला में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहर्ष हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो वित्त सहायता प्रदान वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया जो हास्पिटल द्वारा दी गई सलाह या किए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery प्रस्तावित की तारीख	Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं रजि. नं. सहित मुहर	Dr. SUMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हास्पिटल की ओर से अधिकृत हस्ताक्षरी का नाम, पदनाम एवं मुहर
8/5/25		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

30-11-2024

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. Yusuf Khan- **E/0525/0071**

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

Name		Mast. Yusuf Khan	**Address/ Phone:**	Gulera,Vismasi,Mohammadi,Kheri, Uttar Pradesh-262804	
MR N		AWR-C-25-02-0490	**Age/Sex**	4 years	Male
S. No.	**Treatment date**	**Items**	**Cost per Unit**	**No. of unit**	**Aprox. Cost**
1	08/05/2025	Examination under anesthesia	2000	1	2000
2	08/05/2025	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