

DEL-4-25-06-0660

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0525/0074

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/5/25

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

ZIYAN ALI

AGE-YEARS आयु वर्ष

SEX लिंग

02 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

SAIF ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

38, RASOOLPUR ATAYNAGAR NEAR FIPAL EATED
GURAKPUR, U.P. - 273015

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 करें)

PAN No. पत्राई नंबर

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो नाम हो उस पर खींचा 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 संबंध
1.	SAIF ALI	32	MALE	FATHER
2.	MOIVA KHAN	29	FEMALE	MOTHER
3.	TASLEVA KHAN	13	FEMALE	SISTER
4.	SONA	8	FEMALE	SISTER
5.	INAYA	6	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे कम आय वाले परिवार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वाले परिवार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विनोद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लक्ष्य रई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथन)

- 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.
 - 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.
 - 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 कथन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ को सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से भी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता पड़ा है।
- (3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ज्वेलिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूर, माध्यमों द्वारा उपयोग में लेंगे। यह जानकारी और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने का अधिकृत करता हूँ। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्र या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का कि सहायता को उपरोक्त से प्रभावित है मुझे सहायता का इकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र व उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

Saif Ali

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- (1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह की संभावना का किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/हमारे पास में रहे या न रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया इसकी संभावना में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट न्यासीयककत हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए सहायता हेतु किसी भी बाधकता संभावना का किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारे पास द्वारा जो भी सहायता का किने लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे पास को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हमारे पास में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने काम को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमारे पास की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/8/24	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नं. के साथ मुहर Dr. Anil Kumar Singh Anand Hospital & Medical Services FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION Or Koshika Charity Eye Hospital	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital, services) हस्पताल के अधिकृत अधिकृत अधिकृत Dr. Anil Kumar Singh Anand Hospital & Medical Services
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 Saif Ali	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 Dr. Anil Kumar Singh	



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. Ziyar Ali- E/0525/0074

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Ziyar Ali	Address/ Phone:	38, Rasoolpur, Ajay Nagar, Near pitla ka ped, Gorkhapur, Uttar Pradesh-273015	
MR N		DEL-G-25-05-0666	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	07/05/2025	Examination under anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

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)