

DEL-P-23-10-4634

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या	E/D124/0084	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	13/1/24
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	BABY GAUSIYA	AGE-YEARS वर्ष-मा	4 YEARS
		SEX लिंग	FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम
RIYASAT KHAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS
वर्तमान आवासीय पता
BILASPUR LUCKNOW, UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:
व्यवसाय
PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NO

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय
96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. (आय का प्रमाण संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर कादाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'हाँ' का निशान लगाएं)

Yes / No
हाँ / 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	RIYASAT KHAN	39	MALE	FATHER
2	RUKSANA	30	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करना)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय वर्ग की साथ प्रेषित करना)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाली कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करना)	Any Other SSAs/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विवरण का उद्देश्य:

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

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 तो गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शनक 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 assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही-सत्यकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहने अथवा प्राप्त करना है जो मेरी सहायता मिलने को नकल करेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी, अपने अथवा मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को, इस सहायता का पूरा या आंशिक रूप से वापस लेने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं लेने की इच्छा नहीं रखता।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शनक द्वारा करण)

- 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-up/republish 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 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 acceptably to me.
- 1) इस फॉर्म में अपनी हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शनक) अपने-अपने की पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में जोड़ें। वे, "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मुझे, धन, वाहन/थीर, दवाइयों/उपकरणों से मुझे सहायता मिलाने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम को किसी भी उद्देश्य के लिये या इन में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व इसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त अधिकृतियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



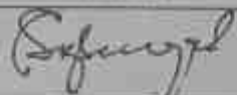
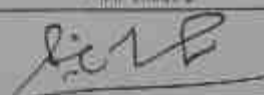
रुकसाना

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hospital's signature or that of Authorized Signatory for recommending this case/cases 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 जोड़ने से हस्पताल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों से सहायता ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने से पहले ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु सहायता नहीं मिलता है, तो हमें सहायता मिलने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हमें सहायता नहीं मिलने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय सहायता को है। हमें या हस्पताल द्वारा रोगी को सहायता के लिए कोई उपकरण/उपकरण का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर करने का अधिकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। उपरोक्त हस्ताक्षर में हमें केवल सहायता और अन्य सहायता को सही सिफारिश करने एवं हस्ताक्षर करने का अधिकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसुति


<p>Date of Surgery अर्शनक को करण</p> <p>13/11/2024</p>	<p> DR. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) होस्पताल के नाम, पदनाम और अधिकृत अधिकारी</p>
<p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</p>		<p>अर्शनक DASHMUKHI CHARITY EYE HOSPITAL 13, Daryaganj Road, Daryaganj, New Delhi-110003</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>	
<p></p>	<p></p>	

भारत सरकार
 Government of India


 नाम / Name
 रुखसा
 जन्म तिथि / DOB: 11/01/1994
 लिंग / Gender: Female

7587 5997 6049




आधार - आम आदमी का अधिकार


 Unique Identification Authority of India

पता
 लक्ष्मीदेवी विद्यालय क्षेत्र 355
 ब्यावर मंडल नगरपालिका क्षेत्र
 सूर्य 928 211882

Address
 W/O Ruksha Khan, 355
 Bawar, Mohanpur, Baran
 Mohanpur, Uttar Pradesh, 271002

7587 5997 6049



31st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Gausiya-E/0124/0084

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

Name	Gausiya	Address/ Phone:	District Banskpur, Lucknow, Uttar Pradesh		
MR N	DEL-P-23-10-4634	Age/Sex	4 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost.
1	15/01/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Dr. SIMA DAS
Head of Department
Oculoplasty and Ocular Oncology
Regd. No. 0001
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)