

DEI-4-24-03-5504

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/0625/0091

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MOHD HASAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

03 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

ALI MOHD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

GULAB TANDA, DEHA KHERI, U.P. - 262002

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. : पैन संख्या संलग्न करें

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2.	AMMILA	36	FEMALE	MOTHER
3.	SHIKHARINO	03	FEMALE	SISTER
4.	MR. HUSSAIN	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड

(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2. TREATMENT - ERM.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES NO

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

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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.
- 4) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक काल असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्वास्ट को नकार दिया जायेगा।
- 5) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी पैसा माँगा है, उसका इस्तेमाल केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार में माँगा गया है।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमल किया किसी अन्य फोरेन/डोमेस्टिक/बीएम कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 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/print/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 donors 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 acceptable to me.
- 3) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस फॉर्म में घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाश, चित्र, वीडियो, दूरदर्शन में कुलीन/वीडियो और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार/प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण से इस्तेमाल को करने या कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत हूँ।
- 4) मैं (आवेदक) इस तरह से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सत्य, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा, उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Mathes
(Mrs. Jamila)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither 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.
 - 3) हमने अधिकृत, हमसहयोगी को और न, समस्त/दोनों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
 - 4) यह कि न तो हमसहयोगी और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए या किसी अन्य रोगी से उठा लेनी/माली में लेने या ले लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा ले सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्ति हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो असम्भव किसी अन्य भी रोगी/रोगी के लिए या किसी अन्य रोगी/रोगी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल/हॉस्पिटल पर उठा लेनी/माली हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिए या किसी अन्य रोगी/रोगी से उठा लेनी/माली।
 - 5) "कोशिका फाउंडेशन" से जो पैसा सहायता के लिए प्रेषित को है। पैसा या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायता या दिने गये उपचार/प्रक्रिया का पूरापूर लेनी एवं इस्तेमाल के लिए का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई राश्व नहीं है। इसलिये हमसहयोगी ने पैसा के प्रसारण मुक्त और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं इस्तेमाल को लेनी और "कोशिका" को कोई मुक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/6/25

Dr. CHHAVI GUPTA

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

Dr. CHHAVI GUPTA
Director, Koshika Foundation
Regn. No. 100745

Dr. SIMA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

Dr. SIMA DAS
Director, Koshika Foundation
Regn. No. 100745

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Hasan- E/0625/0091

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Guira tanda, Bela kheri, U.P.- 262902	
MR N		DEL-G-24-03-5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-11	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2025-06-11	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

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAXHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)