

DEL-9-23-06-4346

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building Trusts of India

APPLICATION No.

E/0724 / 0102

APPLICATION DATE

5/7/24

NAME of APPLICANT

MD FARHAN

AGE-YEARS

2 YEARS

SEX

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

FAJI (FATHER)

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

HAJI GADY, NEAR SBI, PATNA, PIN-860006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता



OCCUPATION

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME

84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (आपका पैन संख्या)

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

Yes / No

हाँ / नहीं

(आप अपने आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही कर चिह्नित करें।)

## 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	FAJI	30	MALE	FATHER
2	ZEENAT	26	FEMALE	MOTHER

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) रसमंकी का र्ड (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - INTRA VITREAL CHEMO

## ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है?

No

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED लगे गई सहायता राशि
	NA	

**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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो उसे सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता से न लाभ उठाऊंगा, न ही भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही किसी भी अन्य स्रोत से।

**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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ इस फॉर्म पर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एम. एम्प्लॉयर द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न ही किसी भी अन्य स्रोत से।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं की उंगली का निशान

मो. फौजी (FATHER)

**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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं, हमारे द्वारा यहाँ हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा यह घोषणा करने के लिए कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले के लिए मांगेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल रोगी के मामले के लिए पूर्ण और अंतिम जिम्मेदारी संभालेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और करने वाले को पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए ससुक्ति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>10/7/24</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp) Oculoplasty and Orbital Surgery Regd. No. 100745 Dr. Shrotri's CHOR INTERNAL USE OF KOSHika FOUNDATION</p>	<p>Dr. SHIVA DAS (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Director, Medical Department Shrotri's CHOR Internal Use of Koshika Foundation</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>	



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922



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

31st July, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Farhan- E/0724/0102

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Farhan	Address/ Phone:	Haji ganj, Near SBI, Patna, Bihar- 86006	
MRN		DEL-G-23-06-4346	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.10	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Suma 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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

OTHER CENTRES