

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **E/0724/0119** APPLICATION DATE: **15/9/24**  
 आवेदन संख्या: **E/0724/0119** आवेदन तिथि: **15/9/24**

NAME of APPLICANT: **BABY ZENAB** AGE-YEARS: **4 YEARS** SEX: **FEMALE**  
 आवेदक का नाम: **BABY ZENAB** आयु-वर्ष: **4 YEARS** लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **MUKHTAR (FATHER)**  
 पिता/सहोदर का नाम: **MUKHTAR (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **HELEPABA, BAKHDANI, SITAPUR, UNAR PRDESH 261201**  
 वर्तमान आवासीय पता: **HELEPABA, BAKHDANI, SITAPUR, UNAR PRDESH 261201**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:   
 स्थायी आवासीय पता:



OCCUPATION: **TOY SELLER (FATHER)** MARRIED (विक्रित) / UNMARRIED (अविक्रित): **NA**  
 व्यवसाय: **TOY SELLER (FATHER)** विवाहित / अविवाहित: **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME: **72,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय: **72,000 (FATHER)** (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No.  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
 आयकर पहचान संख्या:  क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): **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 सम्बन्ध
1	<b>MUKHTAR</b>	<b>33</b>	<b>MALE</b>	<b>FATHER</b>
2	<b>RIZWANA</b>	<b>29</b>	<b>FEMALE</b>	<b>MOTHER</b>

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

BPL Card (Attach Card Copy)  EWS Certificate (Attach Certificate Copy)  Ration Card (Attach Copy)  Any Other Basis/Proof

सर्वोच्च रेशा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) अन्य कोई साक्ष्य

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु विनियमन के उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached **DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA**  
 आस्थापक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	<b>DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशि
	<b>NA</b>	<b>NA</b>

LABOURER - MAD (PATIENT)

Feb 1990  
Vol. 1/2001

Relation with Applicant  
कोशिका के माता स्वामी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा कथित वक्तः  
 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, if any, 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 सौम्यतापूर्वक कहता हूँ कि इस प्रपत्र में विवेचित किये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं मदद अस्वीकृत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 5) मैं यहाँ सौम्यतापूर्वक कहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मुझे जो मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।  
 6) मैं यहाँ सौम्यतापूर्वक कहता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से न तो भुगतान, न ही किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो भुगतान और न ही किसी अन्य स्रोत से भुगतान के लिए किसी भी प्रकार से मदद मांगूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)**  
 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.  
 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बतलाया है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सके, जिसमें वार्ता, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, सहित किसी भी माध्यम का उपयोग शामिल हो सके।  
 4) मैं (आवेदक) आगे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोयोग का उपयोग किया जा सके।  
 5) मैं (आवेदक) आगे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोयोग का उपयोग किया जा सके।

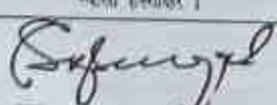
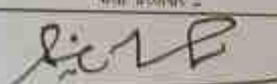
**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  
 Rituwani (Mother)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथित)**  
 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 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 की ओर से मामला/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 वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनयित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनयित आसक्ति/सफल हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हम सहायता के लिए अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोशिका वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/7/24	 <b>Dr. CHHAVI GUPTA</b> Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील Regn. No. 100745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	 <b>Dr. SIMA DAS</b> Director Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name, Designation, & Stamp of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर और सील Regn. No. 00291 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तरिक उपयोग हेतु

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यायोयोग द्वारा हस्ताक्षर। 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यायोयोग द्वारा हस्ताक्षर। 
---	--



**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 Baby. Zenab- E/0724/0119

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Zenab	Address/ Phone:	Helepara, Bakhuan, Sitapur, Uttar pradesh-261201	
MR N		DEL-G-23-04-3839	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.07.18	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

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