

DEL-4-24-03-5504



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0824/0132

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 21/8/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MAST MD HASAN

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 3 YEARS
SEX / लिंग : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : ALI MOHD (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :
VILLAGE KHOLLA, KHERI, UTTAR PRADESH
262701

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :

OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 1,20,000 (FATHER)

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

PAN No. / पैन संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मानें जो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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 से संबंध
1	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2	JAMILA	36	FEMALE	MOTHER
3	QUEER BANU	5	FEMALE	SISTER
4	MD RUSHAN	4	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) प्रधानमंत्री राशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - CHEMOTHERAPY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वही पर सहायता का धरा
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक इंग्रजी में):

- 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 भोजपा कहता हूँ कि इस फार्म में दिए गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फार्म में धरा गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक इंग्रजी में):

- 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/post-up/produce 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 acceptable to me.
- 3) इस फार्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोगी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फार्म में भोजिका है, उसे "कोशिका" एनएम न्यूज, राय, कथन/वाक्यांशों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगी और/या सूचनाओं के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे एनएम के विवरण में हस्ताक्षर के माध्यम से या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एनएम उसके न्यायोयोगी का विवेक और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Chhavi (uncle)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करें):

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 full & 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 हमारे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो हमारे/रोगी को भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी, तो हमारे/रोगी को किसी अन्य सहायता सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा या माँ सलाह 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 सुझा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आपरेशन की तारीख

22/08/24

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjuvant Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
(Name of Reg. & Reg. No. with Stamp)
Dr. Shree's Charity Eye Hospital

Oculoplasty
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Shree's Charity Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

FATHER'S/USF
पिता/कका नाम

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...



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

31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Hasan- E/0824/0132

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Village khulra, Kheri, Uttar Pradesh- 282701	
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	2024.08.22	MRI	6500	1	6500
2	2024.08.23	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
3	2024.08.23	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			11000

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)