

DEL-P-23-03-1902

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: E/0324/0139		APPLICATION DATE: 1/3/24	
NAME of APPLICANT: MAST ABU VAKAR		AGE-YEARS: 2 YEARS	SEX: MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MONISH (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHAHPUR MUSTAFAM, DIPALSANA QUARTER, MORADABAD, UTTAR PRADESH- 244402			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]			
OCCUPATION: GLASS PAINTER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA	
TOTAL ANNUAL INCOME: 1,44,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income)	
PAN No. [Blank]			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	MONISH	25	MALE
2	TANZUDDIN	22	FEMALE
3	ABDUL	3	MALE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
Medical Reports/Prescriptions Attached	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: No			
NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
N/A		[Blank]	

Koshika foundation

Building Block of Life



WARD - 1A
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS -
 2 YEARS
 SEX - MALE



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 & original documents 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, in the form for which this assistance is requested.
 1) मैं यकीन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है जो मेरे महापात्र निवेदन की भावना में है।
 2) मैं दृढ़ता से महापात्रता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी पैसे मिलें हैं, उसका उपयोग तभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में गाना गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)
 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 this assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके निदेशकों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् जर्नल, पत्र, भावपूर्ण दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में दिखाने के लिए प्रसारण कर सकें।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान
 (MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)
 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/हमारे में से कोई भी स्रोत है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश/विनियमित उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा उद्देश्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से प्राप्तता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूमि में भयंकृत कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/हमारे हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा की गई भरण या निवेदन एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे को हस्पताल सुझा और अपने कार्य को जारी निरूपण हेतु एवं हस्पताल को जारी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या निम्नकारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति
 Dr. CHHAVI GUPTA
 DMCC/R/166746
 (Name of Dr. & Designation)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पद का नाम
 Dr. SIMRAN
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
 KOSHIKA FOUNDATION के आंतरिक उपयोग हेतु
 SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1
 SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

31st March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Abu Vakar- E/0324/0139

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Abu Vakar	Address/ Phone:	Village Shahpur, District Moradabad, Uttar Pradesh- 244402	
MR N		DEL-P-23-03-1902	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-06	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			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, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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