

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : E/0824/0139

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 20/8/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम BABY KOLSUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष 1 YEAR SEX लिंग FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कर्मण का नाम KAMRAN ALI (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 5267, KOCHA REHMANI, CHANDNI CHOWK, DELHI - 11006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (M)

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

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)।

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 सम्बन्ध
1	KAMRAN ALI	57	MALE	FATHER
2	MELINA J	32	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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

No

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

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक होकर भरना)**

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance void for regularisation.
- I solemnly declare 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.
  - I hereby declare that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (employer/insurance company, or any other source) for which the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ बताने हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता, तो इस फॉर्म पर आधारित सहायता को खारिज कर दिया जाएगा और इस फॉर्म में मांगे गए सहायता को वापस लेना पड़ेगा।
- 2) मैं यहाँ बताने हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की होगी, उसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही लिया है और मैं इसे किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं इस्तेमाल करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करके)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/authorize/authorize 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.
- 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.
- 2) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या किसी भी माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जिसमें मुँह, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जो कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्राप्त करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 3) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

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

*(Father)*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके)**

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जहाँ है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने वाली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग नहीं करना है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रक्रिया या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने को यहाँ विचार/रोगी एवं हस्पताल को हार्म और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपराधन की तारीख	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ आधिकारिक छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) कोशिका फाउंडेशन के लिए अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और छाप Director, Medical & Surgery Department चिकित्सा विभाग के निदेशक
FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION Regd No. 100745 कोशिका फाउंडेशन के लिए केवल उपयोग हेतु		Dr. Sarita Chetty Eye Hospital ऑप्टिकल उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE of Sarita Chetty Eye Hospital यहाँ की हस्ताक्षर		SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ की हस्ताक्षर 2



3rd August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Kusum- E/0824/0139

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries					
Name	Baby Kusum		Address/ Phone:	5267, Kucha rehman, Chandni chowk, Delhi, 11006	
MR N	DEL-P-24-01-6114		Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.22	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024.08.24	Genetic Test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>22000</b>

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)