

DEL- 9-19- 07- 3416

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No: E/0324/ 0141

APPLICATION DATE: 1/3/24

NAME of APPLICANT: BABY SABRIN KHATOON

AGE-YEARS: 5 YEARS

SEX: FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NAUSHAD ANSARI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHA POET DISTRICT JALMIDI VIHAR - 811305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: MAHA POET DISTRICT JALMIDI VIHAR - 811305

OCCUPATION: LABOURER (FATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,20,000 (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

PAN No. (आपका आयकर संख्या)

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

Yes / No
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 संबंध
1	NAUSHAD ANSARI	40	MALE	FATHER
2	SUHAN KHATOON	35	FEMALE	MOTHER
3	ARBAZ ANSARI	17	MALE	BROTHER
4	SHAISTA KHATOON	15	FEMALE	SISTER
5	MEHRAB ANSARI	11	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मंगे विवरण का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

No

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



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें।

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मुझे है, उसका उपयोग किसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- 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/print-up/republish 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.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बेड, प्रसार, प्रकाशित, प्रसारण, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या सच में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बेड, प्रसार, प्रकाशित, प्रसारण और प्रकाशित होने का निर्णय और प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मो० नैसाद डिंगर (FATHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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 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 this matter.

- यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से घोषणा करने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमारे पास या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिक/अवसर हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाय तो उस अवसर पर किसी अन्य सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल वित्तीय मदद उपाय लेने/प्रदान करने किसी भी प्रकार से हमारे पास या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोशिका वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा भी नहीं किया जा सकता है कि हमने सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे पास के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को सहायता सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारे पास को होती है और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

6/3/24

Dr. CHIN... UPTA
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

Dr. SIM... DAS
Head of Department
Oncology and Cancer Oncology
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]



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 Sabrin Khatoon- E/0324/0141

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sabrin Khatoon	Address/ Phone:	Village Mauza post District Jamul Vihar - 811305	
MR N		DEL-G-19-07-3416	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-06	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2024-03-06 2024-03-28	Chemotherapy	2500	2	5000
		Total			7000

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)