

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E/0824/0142	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	10/8/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MAST AMEERE HAMZA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	3 YEARS
		SEX लिंग	MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम	MUNNE (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
BAREILLY, UTTAR PRADESH - 234001			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
OCCUPATION : व्यवसाय	UNEMPLOYED (PENSIONER - FATHER)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	12,000 (FATHER)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) M	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो 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 के साथ संबंध
1	NIKHAT	3	FEMALE	SISTER
2	RIYA	4	FEMALE	SISTER
3	MUNNE	31	MALE	FATHER
4	REHANA	27	FEMALE	MOTHER
5	AKHIL SHARMA	62	MALE	GRANDFATHER
6	KHURRUM SHARMA	58	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवृति 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 विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROCEDURE - EUN
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO

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



# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रतीत होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से ही या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।
- मैं पुनः कहना चाहूँ कि मैंने किसी दूसरे स्रोत से या भविष्य में, इस राशि का आंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बोधा के माध्यम से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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.
- 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.
- इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका" एन.पी.ओ. नाम, पता, फोटो या इस उद्देश्य से किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे उद्देश्य के पूरे या बंद करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे उद्देश्य से प्रकाशित होने के लिए स्वतः सहायता को हटाने नहीं बताना। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. उसके अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



RT (Rihana)  
(Mother)

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

- 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:
- I 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 take 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.
- 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 यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) "यह प्रत्येक से नाम व स्थिति बताने हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त और/अथवा पूरा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रत्येक में स्पष्ट नहीं बताया है कि हस्पताल निर्दिष्ट प्रत्येक रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता स्रोत या सहायता स्रोत से नहीं अवलंबित।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय सहायता को है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई चिकित्सा या प्रत्येक रोगी/रोगी के चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के स्वास्थ्य लाभ और अन्य बातों की गति विचारों से यह हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12/8/24</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Regular Oncology Services (Name of Doctor, NO Stamp) Dr. Shriya's Charity Eye Hospital</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Eye Department (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shriya's Charity Eye Hospital</p>
---	--	--

## FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p>Safarjani</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p>Safarjani</p>
---	---



31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Ameere Hamza- E/0824/0142

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Ameere Hamza	Address/ Phone:	Bareilly, Uttar Pradesh- 234001	
MR N		DEL-C-22-01-0229	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.12	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</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**

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