

DEL-C-21-08-0089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **E/0924/0165**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **23/9/24**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BABY NOOR FATIMA**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **4 YEARS** SEX **FEMALE**
आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JUBER AHMAD (FATHER)**
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **SADAR BAZAR, COLONELGANJ, UTTAR PRADESH - 221502**
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: **LABOURER (FATHER)**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME: **30,000 (FATHER)**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	JUBER AHMAD	53	MALE	FATHER
2	PARVEEN BANU	35	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोजन 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 - RETINAL BLASTOMA
2	TREATMENT - EVA

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

NO

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


DECLARATION by APPLICANT: (अर्धदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
 - 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रारूप नहीं भेजा है, उस मदद का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्धदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfilment 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्धदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एमएन एनबी, वन, सहायता के उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाक़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
 2) मैं (अर्धदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एमएन एनबी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्धदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
 (Father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

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

हमसे अधिकृत, हस्पताल की ओर से नामित/घोषित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिस-इस (हस्पताल) निम्न प्रकार के मान्य व अधिकृत करता है।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता प्राप्त में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/घोषित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी और सहायता से प्राप्त है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस स्पष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी मदद उक्त सहायता हेतु किसी और सहायता से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी गैर-वित्तिय/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को सहायता का निष्कर्ष है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज चुनना और आगे प्रगति को जारी रखने/रोकने की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

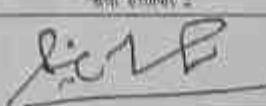
स्वीकृती के लिए संस्तुति
Dr. SIMA DAS
 Director
 Oculoplasty and Ocular oncology services
 Director, Medical Education Department
 Regd. No. 00291
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Shri Chhatrapati Sastri Maharaj Hospital on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 23/9/24

Dr. CHHAVI GUPTA
 Adjunct Consultant,
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services
 (Name of Dr. to be stamped)
 Dr. Shivani Chavhan Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्धदक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2




30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Noor Fatima- E/0924/0165

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name	Baby, Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadar bazar, Coloneiganj, Uttar Pradesh- 271502		
MR N	DEL-C-21-08-0089	Age/Sex	4 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	9/23/2024	EUA	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) • MODI NAGAR • RANIKHET