

DEL-4-19-07-3416

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: E/0924/0168  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/9/24  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BABY SABRIN KHATUN  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 5 YEARS  
 SEX लिंग: FEMALE



FATHER/SPOUSE'S NAME: NAUSHAD ANSARI (FATHER)  
 पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE MAUZA POST DISTRICT JAMUI VIHAR - 813005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: LABOURER (FATHER)  
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) N/A

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

(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस या सवाँ का बिकल्प लगावे)

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 सम्बन्ध
1	NAUSHAD ANSARI	40	MALE	FATHER
2	SDHANI KHATUN	35	FEMALE	MOTHER
3	ARBAZ ANSARI	17	MALE	BROTHER
4	METHEB KHATUN	11	MALE	BROTHER
5	SHALWA KHATUN	15	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिवे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु लिये गये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्त/प्रास्क्रिप्शन से सही की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - CHEM

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन से सहायता राशि
	N/A	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थीक द्वारा किया गया)**

- 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.
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। किसी भी तथ्यांक में झूठ बोलना मेरी आवेदनपत्र और जारी की गई सहायता को अमान्य कर देगा है।
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता की मांग की है, से सहायता नहीं लेना है।
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता की मांग की है, से सहायता नहीं लेना है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा किया गया)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/locate/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 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.
- इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा छापना, मैं (अर्थीक) यहाँ से सहमत होकर यह घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी तस्वीर, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में प्रेषित है, इसे "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उद्देश्य के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (अर्थीक) और सहमत हूँ कि मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण के बिना मेरी सहायता की मांग करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरी तस्वीर, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण के बिना प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

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

अर्थीक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा छापना  
 - (Mother)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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 its right to make up the shortfall from another 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.
  - हम यहाँ से यथास्थिति, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, कि हम (हॉस्पिटल) किसी भी मामले में वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं।
  - हम यहाँ से यथास्थिति, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, कि हम (हॉस्पिटल) किसी भी मामले में वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं।
  - कॉशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस पर निर्भर नहीं करता है कि कॉशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता मिलती है या नहीं। उपचार का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है। कॉशिका फाउंडेशन का रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संभवित

Date of Surgery 19/9/24	 <b>DR. CHHAVI GUPTA</b> Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 180745 (Name of Doctor & Specialty, Eye Hospital) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 <b>Dr. SWA DAS</b> Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Eye Hospital डॉ. श्री श्रोफ़ की आँखों की अस्पताल
----------------------------	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्रीमान्/श्रीमती 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्रीमान्/श्रीमती 
---	--



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Sabrin Khatoon- E/0924/0168

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby Sabrin Khatoon		Address/ Phone:	Village Mauza post District Jamui Bihar - 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	19/09/2024	EUA	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 : scsh@scsh.net, Website : www.scsh.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR • SAMARIPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET