

DEL-4-25-08-4046

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : E10825/0130		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 23-09-2023			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम AABAN		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 07 MONTHS	SEX लिंग MALE		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम SALEEM (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान-आवासीय पता 03 - VILLAGES, KUTUBI BAZAR, POST AULHAN - PUR, BAIHARI TALUQA, N.P - 242221					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय TAILOR (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. आई.एन.एन. संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप/आपका पति हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध	
1.	SALEEM	29	MALE	FATHER	
2.	NOOR JAHAN	21	FEMALE	MOTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को लिये विधिगत आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आंकड़े के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) व्ययपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लिये विधिगत आधार:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - RETINOLASTOMA TREATMENT - SURG				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 AVAILED सी गई सहायता राशि		
	1.				

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 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, etc. for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने का उद्देश्य नहीं है तो मेरे सम्पत्ति हित को नुकसान हो सकता है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिए बिना अन्यत्र, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि किसी सहायता हेतु मैं अन्यत्र से कोई भी अन्य प्रत्यक्ष/परोक्ष रूप से कोई भी अन्य सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो उद्देश्य इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वयं, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से दुरुपयोग और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्ण को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रचार हेतु प्रसारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" अपने उद्देश्यों के लिये अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करता है:

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही घोषणा में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता से प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त सहायता नहीं ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती कोशिका फाउन्डेशन हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता मिली सहायता हेतु सहायता नहीं ले रहा हूँ और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छित सहायता और सहायता को सही विधियों से ही प्राप्त होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. CHHA, GUPTA
Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100265
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Director, Medical Education Department
Regd. No. 90291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/8/25	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप <i>[Signature]</i>	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी <i>[Signature]</i>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Aaban-E/0825/0170

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast Aaban	Address/ Phone:	03- Village, rouli bouri, Post Ahabapur, Baihari talabad, U.P - 242221	
MR N		DEL-G-25-08-4046	Age/Sex	7 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/08/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	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)



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited