

DEL-1-23-10-3487

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0324/0178

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/3/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

TALIB

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

34 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

MD RIZWAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILL BARAH DIST SAMBHAL
UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

FACTORY WORKER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1, 12, 000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय का संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मन्व हो उस पर सही का निशान लगाए)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	MD RIZWAN	59	MALE	FATHER
2	REYAN	9	FEMALE	MOTHER
3	REYANUM	7	MALE	BROTHER
4	SOHAN	3 MONTHS	FEMALE	SISTER
5			MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे-कैसे धन की आवश्यकता:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSED - REYNOLDS BLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रका में दिये गये सभी विवरण/परी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी मांगवाया निरास को का खतरा है।
- 2) मैं घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो कस खाई है, उसका उपयोग उम्मे उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रका में मांगवाया निरास को का खतरा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं मांगवाया हेतु मांग प्राप्त को नहीं है, इस राशि का अतिरिक्त या अन्ततः किसी अन्य फ्रेड/निर्माक/बीमा कम्पनी से न को लिया है और न ही मांगवाया निरास को का खतरा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कथन)

- 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 it's 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.
- 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 प्रका पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अतिरिक्त काल है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रका में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" दम्पन, प्रकाश, प्रकाश/प्रकाश उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों जैसे कलाकृतियों के लिये किसी भी प्रकार मांगवाया निरास करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रका का विवरण मेरी प्रका में प्रकाशित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि मांगवाया के उद्देश्य से प्रकाशित है। मुझे स्वतः मांगवाया का इच्छा नहीं लगता। इस संबंध में "कोशिका" दम्पन उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

RIZWAN

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मांगवाया/प्रका को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी मांगवाया संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मांगवाया से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त को मांगवाया से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आदेश/प्रकाश हेतु मांगवाया नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/मांगवाया संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मांगवाया हेतु किसी भी मांगवाया धर्म या किसी अन्य मांगवाया से नहीं लेता/लेती।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता अंतिम वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रकाश का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और जाने जाने को सही दिग्दर्शनी देगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विमोक्षी इस प्रका में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/3/24	Dr. GURAVI GUPTA DMCIB/140745 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पद, पद FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 Safar
---	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914.

31st March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Talib- E/0324/0178

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Talib	Address/ Phone	Village Barahi, District Sambhal, Uttar Pradesh	
MR N		DEL-P-23-10-3487	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024-03-13	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			20000

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)