

DEL-1-2011-04-2637

DEL-P-23-10-1190

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION DATE: 10/9/24
आवेदन तिथि

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/0924/0179

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

BABY IGRA BANO

AGE-YEARS अनु-वर्ष

4 YEARS

SEX लिंग

FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

ZUNED (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KANAPUR, FAIRABAD, DHAM PRATSEH
224164

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION
व्यवसाय

AUTO DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

60,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त होकर)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSED (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर से छूट हैं? (जो सत्य 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	ZUNED KURSARNA	31	MALE	
2		33	FEMALE	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आय आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
रसदवाली कार्ड
(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य दिशा का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

DIAGNOSIS - TREATMENT
RETINOBLASTOMA
ELP

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? NO

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
कई सहायता राशि

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, if applicable for suspension/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kaabha 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 organization/professional company, of the costs for which this assistance is requested.

4) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में मैंने जो जवाब दिए हैं वे सच हैं। मैंने किसी भी संस्था या व्यक्ति से इस मदद के लिए कोई भी रिफंड या वापस प्राप्त करने के लिए कोई प्रार्थना नहीं की है।

5) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैंने इस मदद को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्राप्त किया है, जो इस प्रश्न में मैंने बताया है।

6) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैंने इस मदद को किसी भी अन्य संगठन/व्यक्तिगत कंपनी से वापस प्राप्त करने के लिए कोई प्रार्थना नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दान करने वाला)

I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to publish and/or reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested, 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 in fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested, will not automatically enable 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित नाम के साथ सहमत होना, मैं (अर्थिक दान करने वाला) अपनी पहचान की जानकारी देने से सहमत हूँ।

2) (अर्थिक दान करने वाला) और सहमत है कि मेरी किसी भी जानकारी का उपयोग, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ, मेरे सहायता प्राप्त करने के लिए स्वतः ही अधिकार नहीं देगा। सहायता प्रदान करने या जारी रखने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों द्वारा किया जाएगा, जो इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for agreement, _____
(Hospital) hereby affirms & agrees to the following:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 સચીવશ્રી ને/ શ્રીમતી

11/59/24

FOR INTERNAL USE of KOSI

प्राथमिक रूप से

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यायिक इतिहास ।

REFERENCES

11-04-2024



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th September 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Iqra Bano- E/0924/0179

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby. Iqra Bano		Address/ Phone:	Ranapur, Faizabad, Uttar Pradesh-224164	
MRN	DEL-P-23-10-1150		Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/09/2024	Examination under anesthesia (EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Dasg

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kadar 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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET