

DEL-4-23-DT-2245

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0324/0189

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/3/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

SHIFAN

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

2 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

SADDAM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

KUSHWASHWAR, ASHTAN, PO-BHARNA,  
DARBHANGA, BIHAR-848213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. लाया जाता है/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर पत्रक हैं? (को कतन से उस पर सही को चिह्नित करना)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | SADDAM                                          | 27                         | MALE           | FATHER                                        |
| 2                      | LIDIYA                                          | 22                         | FEMALE         | MOTHER                                        |
| 3                      | SOFIAN                                          | 9                          | MALE           | BROTHER                                       |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विचार आधार

|                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                                            |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>यदि कोई रखा है तो इसे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को कृपया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>यदि कोई रखा है तो इसे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को कृपया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को कृपया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए विवरण का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

चिकित्सकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | DIAGNOSIS -    |
|------------------------|----------------|
| 1                      | RETINOBLASTOMA |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |
|                        |                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से प्राप्त हुई है?

NA

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो यह सहायता प्राप्त |
|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                        | NA                                        |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |
|                        |                                           |                                                            |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा बयान:**

- 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 यहाँ पर बयान दे रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन" से मदद का उद्देश्य है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बोमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और नो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् नवरी, दान, वक्तव्य/पत्र दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि यह सब मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Gudya Parwar

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.

हमारा अधिकृत, इस प्रकार से हमारे अधिकृत हस्ताक्षर को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, जिसे हम (हस्पताल) विधि प्रकृत से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/माप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/नहीं की जायेगी, तो हमस्पताल को अधिकृत होगा कि वह अन्य स्रोत से मदद प्राप्त करेगा/करेगी। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता प्रदान करने का अंतिम निर्णय हमस्पताल का है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                    |                                                                                                                                |                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>19/3/24               | <b>DR. CHHAVI GUPTA</b><br>DMCC/100745<br>Fellow & Consultant, Gynaecology & Obstetrics<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प | <b>DR. SIMRAN</b><br>HEAD OF DEPT<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> आन्तरिक उपयोग हेतु   |                                                                                                                                |                                                                                                                                                   |
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br>[Signature] |                                                                                                                                | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br>[Signature]                                                                                |

31<sup>st</sup> March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Shifan- E/0324/0189

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                  |                    |                                                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                | Shifan           | Address/<br>Phone: | Kushweshwar Asthan, Mentha, POst Bhama,<br>Darbhanga, Bihar-848213 |             |
| MR N                                                                                               |                | DEL-G-23-07-2245 | Age/Sex            | 3 years                                                            | Male        |
| S. No.                                                                                             | Treatment date | Items            | Cost per Unit      | No. of unit                                                        | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 2024-03-27     | Genetic Test     | 20000              | 1                                                                  | 20000       |
| 2                                                                                                  | 2024-03-19     | Chemotherapy     | 2500               | 1                                                                  | 2500        |
|                                                                                                    |                | Total            |                    |                                                                    | 22500       |

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 : [soeh@sceh.net](mailto:soeh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)