

DEL-9-23-06-4846

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य सहायता)



APPLICATION No.: E/0924/0197

APPLICATION DATE: 23/9/24

NAME of APPLICANT: MAST MO FARHAN

AGE-YEARS: 2 YEARS

SEX: MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME: FAZI (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: FAZI GANJ, NEAR, DSI, PATNA, DISTRICT SONBHADRA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Blank

OCCUPATION: LABOURER (FATHER)

MARRIED (Yes/No) / Blank

TOTAL ANNUAL INCOME: 84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) Blank

PAN No. Blank

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

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	FAZI ZEENAT	36	MALE	FATHER
2	Blank	36	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - <u>REINOSITOMA</u> TREATMENT - <u>EVA</u>

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE
	<u>NA</u>	<u>NA</u>

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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 any, 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.
- 4) मैं यहाँ पर यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं/असल/झूठा/झूठ है तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द करने का सम्भव है।
- 5) मैं यहाँ पर यह घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी या मेरी पत्नी, बच्चा/बच्ची को प्राप्त की जाने वाली सहायता, जो इस प्रश्न में बताया गया है, केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जा सकती है।
- 6) मैं यहाँ पर यह घोषणा करती हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या मेरे परिवार के किसी अन्य सदस्य से इस प्रकार की सहायता नहीं ले ली है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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-upreproduce 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने इलाख या अंतर्गत की सेवा संचालक, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'उद्देश्यों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, जैसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दवा, चिकित्सा/या दवा/उपकरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे इलाख को सच या सच में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रतिष्ठित हैं, मुझे सहायता का इलाख नहीं कराता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्बुलेंस, उद्देश्यों का विवरण सही और सचकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इलाख या अंतर्गत का विवरण

मी. फौजी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

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.

इसमें अधिकृत, इलाख/अंतर्गत की सेवा संचालक/अंतर्गत की सेवा संचालक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त करने का उद्देश्य रखते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/उपकरण हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल को अपने ही सहायता संचालक या किसी अन्य संचालक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए वित्तीय सहायता संचालक से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय सहायता को है। रोगी पर उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जल्द करने को सभी विचारों को रोगी एवं इलाख को होने और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 50331
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Sima Das on behalf of Hospital)
जब न पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp
of Surgeon's Choice for Hospital)
आवेदक का नाम व इलाख से संबंधित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
25/9/24

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
रक्षक इलाख 1

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
रक्षक इलाख 2

Safarpur

Safarpur



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon,

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Farhan- E/0924/0197

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Mohd Farhan		Address/ Phone:	Haji Ganj, Near S.B.I. Patna, Bihar- 860006	
MR N	DEL-G-23-06-4346		Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/09/2024	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: scch@sceh.net, Website: www.sceh.net

OTHER CENTRES

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