

DEL-C-2108-0389



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य सहायता)

APPLICATION No. / अवेदन संख्या: **E/0925/0177** APPLICATION DATE / अवेदन तिथि: **16/9/25**

NAME of APPLICANT / अवेदन करी का नाम: **NOOR FATIMA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **05 YEARS** SEX / लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **JUBER AHMED (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **CAVARE BAZAR COLONY, GATE 1, GONDIA, U.P. - 221502**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: _____



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **30,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): YES / हाँ NO / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / अवेदन करी से संबंध
1.	JUBER	55	MALE	FATHER
2.	PARVEEN	55	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): BPL Card / EWS Certificate / Ration Card / Any Other Basis/Proof

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विवेचन करने किस्म का उद्देश्य: _____

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2.	TREATMENT - EYE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किस्म अन्य स्रोत से लिए गया है? YES / NO

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा घोषणा):

- 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 withdrawal/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दान करने वाले पक्ष को देता है तो मेरी चर्चागत निगरानी को खत्म करने का अधिकार है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे जो राशि मिलेगी, उसे किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया जाये और न ही प्रत्येक से लिया जाये।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अपना पैसा या राशि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही प्रत्येक से लिया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा स्वीकार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/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.
- 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा स्वीकार करके, मैं (अर्पक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा चलाया जा रहा है, ताकि वे मेरी मदद के लिए लोगों को प्रेरित कर सकें। मैंने अपनी तस्वीर और विवरणों के बिना किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने से इंकार कर दिया है। मेरा प्रश्न का निराकरण होने तक मैं अपने नाम से किसी भी "कोशिका फाउंडेशन" से राशि नहीं ले सकता हूँ।
- मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरी नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए मुझे स्वतंत्रता का अधिकार नहीं मिलेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा चलाए गए व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -
अर्पक का हस्ताक्षर या बाएँ थुम का निशान

पुष्पिका कानो

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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.
 - 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 हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाला वित्तीय सहायता हमारे मामले में प्राप्त करने के लिए है। हमें किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया जाये और न ही प्रत्येक से लिया जाये।
- 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.
 - 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 करने वाले के द्वारा यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाला वित्तीय सहायता हमारे मामले में प्राप्त करने के लिए है। हमें किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया जाये और न ही प्रत्येक से लिया जाये।
- "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे कोई भी वित्तीय सहायता मिलेगी, जो कि मेरी मदद के लिए है। मेरी मदद के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से राशि नहीं ले ली है और न ही प्रत्येक से लिया जाये।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे कोई भी वित्तीय सहायता मिलेगी, जो कि मेरी मदद के लिए है। मेरी मदद के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से राशि नहीं ले ली है और न ही प्रत्येक से लिया जाये।

Dr. SIMA DAS
Director

Dr. CHINA GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
13/9/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद नं. 100745

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
[Signature]



30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Noor Fatima- E/0925/0197

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadar bazar coloneel garj, gonda, U.P. - 271502	
MR N		DEL-C-21-08-0089	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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