

DEU-G-13-07-4937

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0924/0200

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 23/9/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MAST ABDUL SAMAD

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 8 YEARS
SEX / लिंग : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : AHMAD ALI (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता

KHAS SOANPOK 3 DHAR PRADHAN-22507

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता

OCCUPATION / व्यवसाय : TAXI DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 1, 20, 000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

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	AHMAD ALI	40	MALE	FATHER
2	NAZR BANO	37	FEMALE	MOTHER
3	HARISH	1	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार को सही प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (अलग पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये कितने कारण का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिये गयी है?

No

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सर्व सत्य अथवा सत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना/निवेदन को खारिज नहीं किया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उक्त किया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में कभी भी, अपने भुगतान/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से, उस राशि का आंशिक/पूर्ण अथवा पूर्ण निवेदन/निवेदन के लिये किसी भी प्रकार का भुगतान/निवेदन/निवेदन नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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.
- (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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् न्यासीय, दान, धनसहायता द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के माध्यम से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् न्यासीयों का विवेक अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

Handwritten signature: Anant (uncle)

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:
- 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 को और से नामले/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवेक सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान से स्वीकार करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवेक सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तुत हेतु कि मैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवेक अंशिक/पूर्ण हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा निवेदन अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता विवेक सहायता उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विवेक सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं उसका परिवार का विवेक है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और आने जाने को सभी रोगीयों/रोगीयों एवं हस्पताल को जारी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई पुष्टि/करार या निवेदन/निवेदन इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>25/9/24</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Beed No. 100745 (Name of Dr. & Beed No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पेशी नं.</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Oncology Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Don behalf of Hospital/Hospital नाम व पेशी पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Handwritten signature</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Handwritten signature</i></p>
---	---



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Abdul Samad- E/0924/0200

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Abdul Samad	Address/ Phone:	Khas Sultanpur, Uttar Pradesh- 212507	
MR N		DEL-G-19-07-4937	Age/Sex	8 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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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