

Koshika
foundation
Creating a better world

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Kosika FOUNDATION Creating Hope of life			
APPLICATION No. प्रार्थन संख्या: E/1124/0236		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 15/11/24					
NAME of APPLICANT आवेदन करी का नाम: BABY KULSUM		AGE-YEARS मास-वर्ष: 01 YEARS				SEX लिंग: FEMALE	
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्रवर्ग का नाम: KAMRAN ALI (FATHER)		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान का पता: 5267, KUCHA REHMAN, (HANDNI CHOWK), 11006				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान का पता: same as above	
OCCUPATION व्यवसाय: PRIVATE JOB (FATHER)		MARRIED (जाति) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED		(Attach Proof of insurance) (आप का बीमा प्रमाण)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 1,20,000 (FATHER)		(Attach Proof of income) (आप का आय प्रमाण)					
PAN No. (आप का पैन संख्या): same as above							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो, उस पर 'X' चिह्न लगा दें।)							
YES / हाँ / जी हाँ / ☐ NO / नहीं / जी नहीं / ☒							
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करी से संबंध			
1	KAMRAN ALI	37	MALE	FATHER			
2	MEHNAZ	32	FEMALE	MOTHER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार:							
BPL Card (आपका कार्ड का प्रमाण)		EWS Certificate (आपका प्रमाण)		Ration Card (आपका प्रमाण)			
☒		☐		☐			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार							
(Attach Proof of Basis/Proof) (आपका प्रमाण)							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:							
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न:							
1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है:							
YES / हाँ / ☐ NO / नहीं / ☒							
NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम:		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सोई गई सहायता का राशि:					
NA		NA					

AGREEMENT BY APPLICANT (Signature and Date)

AGREEMENT BY APPLICANT I HAVE NO OBJ

... The mission for growing women entrepreneurs is to build a network of women-led businesses. The mission for growing women entrepreneurs is to build a network of women-led businesses. The mission for growing women entrepreneurs is to build a network of women-led businesses.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
DATE OF BIRTH: _____

John (mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (Date: 20/01/2011)

[illegible]

1. "सिक्किम-राज्य" में श्री श्री महात्म्य कलाल विद्या शर्मा जी हैं। उनके घर दरभंगा (झा.) की गई सभा में किंग गंग नरका/सिक्किम का मुख्य होई एवं सम्मानित।
2. "सिक्किम-राज्य" में श्री श्री महात्म्य कलाल विद्या शर्मा जी हैं। उनके घर दरभंगा (झा.) की गई सभा में किंग गंग नरका/सिक्किम का मुख्य होई एवं सम्मानित।
3. "सिक्किम-राज्य" में श्री श्री महात्म्य कलाल विद्या शर्मा जी हैं। उनके घर दरभंगा (झा.) की गई सभा में किंग गंग नरका/सिक्किम का मुख्य होई एवं सम्मानित।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
DATE: 08/11/2011

Date of Surgery 17/11/24	 Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Ophthalmology and Ocular Prosthetics Services Registration No. 110245 Dr. Shroff's Charity and Hospital	Dr. SIMA DAS Director, Ophthalmology and Ocular Prosthetics Services Director, Medical Education Dept. (Hospital) Regn. No. 00266 Dr. Shroff's Charity and Hospital	Authorized Signatory
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION			

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
	



30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Baby Kulsum- E/T124/0236

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Baby Kulsum	Address/ Phone:	5257, Kucha rehman, Chandni chowk, Delhi, 110005	
MR N		DEL-P-24-01-8114	Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/17/2024	EUA(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 • PANIKHET