

DFL - P-23-03-1902

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ग्रन्त आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षण)	 Koshika foundation Building block of life
APPLICATION NO. आवेदन संख्या -	E 11124/1024/6	APPLICATION DATE आवेदन की तिथि - 01/11/24	
NAME OF APPLICANT आवेदन करने वाले का नाम -	ABU BAKAR	AGE/YEARS IN ² १०५-१०६ SEX लिंग - MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME जीवन्त परिवार का नाम -	MONISH (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी ठाना VILLAGE SHAHUR DISTRICT MURADABAD, UTTAR PRADESH STATE/UTTAR PRADESH			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS अस्थायी ठाना			
OCCUPATION विकल्प - GLASS PAINTER (FATHER)		MARRIED (विवेहित) / UNMARRIED (विवेहित) <input checked="" type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME वार्षिक कुल आय - ₹ 1,44,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (अस्थायी आय का सिवाय दस्तावेज़ लाएं)	
PAN No. - प्रांतीक संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) क्या आप वार्षिक आय का विवेचित होते हैं? (अस्थायी आय का विवेचित होता है)			
YES / NO हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS - श्रद्धालु की जांच			
Sr. No. संख्या	Name of Family Member श्रद्धालु के सदस्यों का नाम	Age (years) वय (वर्ष) 39 (३९)	Gender लिंग MALE
1.	MONISH	25	FATHER
2.	TANZIEN	32	MOTHER
3.	ABUZAR	3	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के विवेचित आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) स्वास्थ्य कार्ड का विवेचित संग्रह (संग्रह करने की जिम्मेदारी नहीं दिया जाता)	EWD Certificate (Attach Certificate Copy) स्वास्थ्य विभाग की विवेचित संस्कृति की (संस्कृति की जिम्मेदारी नहीं दिया जाती)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (राशन कार्ड की जिम्मेदारी नहीं दिया जाती)	Any Other विवेचित संग्रह अन्य कार्ड जैसे
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के विवेचित उद्देश्य			
Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यालय/दौकान से आये जाने वाले ड्रिगोरियल या ड्रग्स संबंधी दस्तावेज़		
1.	DIAGNOSIS - RE LUNG CH. ASTOMA		
2.	TREATMENT - EVA		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इसी "उद्देश्य" के लिए दूसरी स्रोतों से कितनी मदद ली जा रही है? ₹ 0/-			
Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE दूसरी स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED दूसरी स्रोत से ली गई मदद की मात्रा	
	NA		

DECLARATION by APPLICANT (Signature द्वारा कराया जा सकता है)

I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & organsisation liable for rejection and 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 declare 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) मे अपने जीवन में किसी भी वित्तीय समस्या के लिए आवश्यक जब एक बड़ी राशि चाही तो उसे नियमित रूप से खर्च करना चाहिए औ यह खर्च अपने जीवन की जल्दी की जरूरतों के लिए बचाकर बचाया जाना चाहिए।

2) मे अपने जीवन में किसी भी वित्तीय समस्या के लिए आवश्यक जब एक बड़ी राशि चाही तो उसे नियमित रूप से खर्च करना चाहिए औ यह खर्च अपने जीवन की जल्दी की जरूरतों के लिए बचाकर बचाया जाना चाहिए।

3) मे अपने जीवन में किसी भी वित्तीय समस्या के लिए आवश्यक जब एक बड़ी राशि चाही तो उसे नियमित रूप से खर्च करना चाहिए औ यह खर्च अपने जीवन की जल्दी की जरूरतों के लिए बचाकर बचाया जाना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT (Signature द्वारा कराया जा सकता है)

Koshika Foundation and its Trustees 10

AGREEMENT by APPLICANT (Signature, Date, etc.)

- I, by affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/replicate 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, etc., media, 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 fulfilment 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 reserving 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.

1) इस परकार के अन्तर्गत यह अपने को प्रकाशित करने वाली संस्था को पूरी तरह दृष्टि "कोशिका बालदेहन और उम्रकूल नियन्त्रण" को अधिकतम रूप से जारी रखने का विवरण इस परकार में दिया है, जो "लिफ्टर्स" द्वारा जारी करा या, सामग्री के रूप अवृत्ति में पूरी अधिकृतीय और वापसीयों के लिये किसी भी प्रकाश संस्थाम द्वारा जारी किया जाएगा है। इस परकार के विवरण में इनके दो पाली के नाम में कठोर के लिये किसी भी "कोशिका बालदेहन" का उपयोग अनिवार्य है।

2) मेरे (अपने) इस घटने के सम्बन्ध में यह सब जारी करने वाली संस्था, जो एवं भी विवर के द्वारा जारी किया जाना चाहिए के उपरान्त यह संस्था आपको अपनी जानकारी देने के लिये अपनी जानकारी का उपयोग करने का अधिकार रखती रहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" शब्द, इसके नामांकन का लियो अधिकार और वापसीयों का:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

• वाक्य एवं स्वरूप एवं अनुवाद

MORI S H (father)

AGREEMENT by HOSPITAL (FEELED OR FDR)

By affixing her/his/her signature, our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) Hospital hereby claim & 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 it's 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.

सभी अधिकारी विभागों के लिए समर्पित होता है। "कौशल उन्नयन" में शामिल विभाग हैं विभिन्न की जाती हैं। यहाँ एक विवरण है कि इन विभागों में विभिन्न कार्यक्रम चलते हैं:

- 13 यह फिर भी वास्तविक और न हो भवित्व में विद्युत व्यापकता कियी जैसे साक्षात् व्यापकता या विद्युत व्यापकता में उत्तम धैर्यप्रद हो जैसे यह संभव है, यैसे कि इसमें "कालान्तरक व्यापकता" में विद्युत व्यापकता उत्तम धैर्यप्रद हो "कालान्तरक व्यापकता" द्वारा महर देता जाता है यैसे "वास्तविक व्यापकता" द्वारा व्यापकता द्वारा धैर्यप्रद हो किया जाता है तो अस्थान विद्युत व्यापकता गैर साक्षात् व्यापकता या विद्युत व्यापकता में व्यापकता जैसे यह अस्थान व्यापकता द्वारा धैर्यप्रद हो किया जाता है यैसे अस्थान व्यापकता द्वारा व्यापकता गैर साक्षात् व्यापकता या विद्युत व्यापकता में व्यापकता जैसी लेनदेनी होती।

२- "कांगड़ा कालानीसाव" में दो गाँव समाजाता भाषण लिखिये प्रहृष्ट करो। एक वार उत्तराधि गाँव जल्हा का किसे ऐप अपनाएँकरना का चुनाव होनी वह इनकान
के बीच का विभाव है और "कांगड़ा कालानीसाव" द्वारा किसे प्रकार का कांगड़ा भाषण जारी है। इसके इनकान में दोनों के इतिहास भूमिका और अपने वर्त को सारी विस्मयदायी रुग्ण वह इनकान
के दोनों और "कांगड़ा" की जारी अभियान का विस्मयदायी रुग्ण वर्षाने में दोनों होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
编辑室 重慶出版社

Date of Surgery

四

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Cataract and Ocular Oncology Services
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
RNOV No-100745
Dr. Shanti's Charity Eye Hospital

Dr. Sunita Das

Directions

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director: Mr. Dinesh S. Patel & Dr. Swapnil A. Patel
Regd. No. 82291 (half of Hospital)
Dr. Shrinivas Patel Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

漢文帝 王后 被

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Sabine

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आगमी दस्तावेज़ २

eric

30th November 2024Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Disha is Now NABH Accredited

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Abu Vakar-E/1124/0246

**Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries**

Name	Mast. Abu Vakar	Address/ Phone:	Village Shahpur, District Moradabad, Uttar Pradesh- 244402		
MR.N	DEL-P-23-03-1902	Age/Sex	2 years		Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	04/11/2024	EU/A(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