

DEL-4-19-08-0756

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION NO. / आवेदन संख्या : E/112-4/0260

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/11/24

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : MAST NOOR

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 7 YEARS

SEX / लिंग : MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : MD SHANWAZ (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

GHAWANDNUPUR, DELHARAI, BIHAR - 851124

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता हैं? (को मान्य हो उसे या नहीं का विकल्प चुनने)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	SHAHIN PRAVEEN	35	FEMALE	MOTHER
2	MD SHAHWAZ	33	MALE	FATHER
3	ALISHA	08	FEMALE	SISTER
4	AFREEN	01	FEMALE	SISTER
5	MD SHIRAT	09	MALE	BROTHER
6	SARINA	09	FEMALE	SISTER
7	SADIYA	12	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सरीखी रखा के दोबारा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	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 हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

N/A

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

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 null & void 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, seek or reimbursement, in part or in full, from any other source/ employer/ insurance company of the amount for which this assistance is requested.
- मेरी घोषणा करती हूँ कि इस प्रश्न में मिले गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत जवाब दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "बोझिल वाक्य" में भी जा रही हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्णतः करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु या उधार की नहीं हूँ। इस पैसे का अधिक या कमता किसी किसी अन्य सोर्सिबल/ एम्प्लॉयर/ इन्सुरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to disseminate/ publish/ 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 it & its/ their 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने वाक्यों को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित हों, जो "कोशिका" द्वारा न्याता, डॉ. चण्डिका द्वारा उद्देश्य में मुझे सौंपे गए हैं और उद्देश्यपूर्णता के लिए किया भी प्रसारण करने में अधिकृत करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मेरे नाम या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्याता अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रसारित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करनी। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारण न्याताओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

(आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप)

सहस्रबाज

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
1) that we neither are presently nor will in future seek 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 seek 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.
- हम यहाँ अंगूठे, हस्ताक्षर की ओर से न्याताओं को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करी/प्राप्त करने में कोशिश करूँगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करनी होगी। हमें सहायता के सम्बन्ध में कोशिका फाउंडेशन से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं होगी। इस संधि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु प्रारंभ करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से कोई भी सहायता प्राप्त करने में नहीं होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारा द्वारा कोई भी सहायता या किसी अन्य स्रोत/स्रोत का चुनाव करने पर हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हमें सहायता से सही कि सहायता प्राप्त और जाने जाने की सही विधायनी होगी एवं सहायता को सही और "कोशिका" को सही सहायता या विधायनी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHITRA GUPTA

Adjunct Consultant,
Ophthalmology and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shree's Churn Eye Hospital

Dr. SIMA DAS

Ophthalmology and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Date of Surgery

संस्कार की तारीख

13/11/24

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या तालिका न

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम 1 हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम 2 हस्ताक्षर 2

Signature

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Noor Noor- E/1124/0260

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Noor Noor	Address/ Phone:	Village Bhawanandanpur, Begusarai, Bihar-851127	
MR N		DEL-G-19-08-0755	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	13/11/2024	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; 4362 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