

SRE - C-23-04-0321

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/1124/0264

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

15/11/24

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

MAST SUFIYAN

AGE-YEARS आयु वर्ष

SEX लिंग

3 YEARS MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

SHAHJAD (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE WATIPUR DISTRICT SAHARANPUR
UTTAR PRADESH - 245001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION
व्यवसाय

DRIVER (FATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

1,80,000 (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	SHAHJAD	45	MALE	FATHER
2	RUKSANA	45	FEMALE	MOTHER
3	SUFIYA	3	FEMALE	SISTER
4	SAVED	24	MALE	UNCLE
5	ABBAAD	18	MALE	UNCLE
6	MEHRAAT	15	FEMALE	AUNT

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनपीएस कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिली क्या है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- (1) 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 liable for rejection/cancellation.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य पर सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (5) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से सही जानकारी है, प्रस्तावित उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में और किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो राशि है और न ही प्रतिफल में लाना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- (1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/upload/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.
- (2) 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.
- (3) इस प्रश्न में अपने सहायता के लिए की गई जानकारी, मैं (अर्शक) अर्शक समिति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और फोटो को विवरण इस प्रश्न में घोषणा है, उसे "कोशिका" समूह, प्रसारण, दूर, प्रकाशना द्वारा उद्देश्य से दूर, संचारितियों को प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण से प्रकाश को करने या कर में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- (4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे भला, सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह अपने त्रुस्टी को निर्णय लेने और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक का हस्ताक्षर या बाएं तलुंग का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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:
- (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 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.
- (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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य प्रमाणित करते हैं।

- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश। उक्त का सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सकल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/पामने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा कोई सहायता का निर्णय होने उपलब्ध/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को चयन का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हमारे हस्पताल में हमारे को इलाज सुझा और आने जाने की जारी जिम्मेदारी हमारे एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Page No. 0023

Dr. Shrotra's Charity Hospital of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

17/11/24

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Sufiyan- E/1124/0264

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Sufiyan	Address/ Phone:	Village Wajidpur, District Saharanpur, Uttar Pradesh-247501	
MR N		SRE-C-23-04-0321	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	17/11/2024	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