

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामात)



Koshika

foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/1224/0273

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/12/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BABY KULSUM

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

01 YEARS FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुस्थ का नाम

KAMRAN ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

5267 KUCHA REHMAN CHANDNI CHOWK, 11006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासस्थान पता



OCCUPATION :

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

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

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो लागू हो उस पर सही क्रॉस चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदक के साथ संबंध
1	KAMRAN ALI	37	MALE	FATHER
2	MEHNAJ	32	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) समय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया है?

No

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

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.
 1) 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.
 2) 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रयत्न में मैंने जो सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य सच बताये हैं। और कोई विवरण एवं बयान असत्य या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का सख्त प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रयत्न में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं कर रहा हूँ, जो मेरी किसी भी अन्य बीमा/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो भी स्रोत है और जो भी भविष्य में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) 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 it's 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.

- इस प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवा को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में लिखा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दूर, व्यवस्थापन दूरसे इत्यादि में मुझे सहायता हेतु प्रसारित करने के लिए प्रसारित कर सकते हैं। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरी हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रसारित किए जाएंगे, सहायता का प्रसारण नहीं कराना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature) / mother

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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, हस्ताक्षरों को जोर से भरोसेपूर्ण को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगेंगे, यदि यह सच है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवत अस्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/मांगेंगे हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लोकावली।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मंजूर सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बोझ का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने जाने को जारी निम्नकारी सभी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. SHAM DAS
 Director

Oculoplasty and Ocular oncology
 Director, Shroff's Charity Eye Hospital
 Regd. No. 0029
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. CHHAVI GUPTA
 A-Junct Consultant,
 Oculoplasty and Ocular Oncology
 Regd. No. 100745
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 14/12/24

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)

(Signature)

31st December 2024

Dear Mr. Tandon.

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi's Now NABH Accredited

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Baby Kulsum- E/1224/0273

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Baby Kulsum	Address/ Phone:	5267, Kucha rehman, Chandni chowk, Delhi-110006.	
MR N		DEL-P-24-01-6114	Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-14	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 • RANIKHET