

DEL-C-21-08-0089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/1224/0297

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

07/12/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

BABY NOOR FATIMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

04 YEARS FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पति का नाम

JUBER AHMAD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

SADAR BAZAR, COLIMELI, UTTAR
PRADESH - 221502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

30,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (आपका) (संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो लागू हो उस में सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध
1.	JUBER AHMAD	53	MALE	FATHER
2.	PARVEEN BANO	35	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सभीको रेशन के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा की जायेगा और संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा की जायेगा और संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा की जायेगा और संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवर्तित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PROGNOSIS - GUA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- 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. If any false statement is found, I shall be liable for reimbursement.
- 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.
- 1) मैं यथासंभव बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही कथन अथवा सत्य नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन" से सीता जा रही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि फिर सहायता हेतु यह प्रमाण को नहीं है, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य प्राप्ति/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न ही भविष्य में लूँगे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy/produce 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.
- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को इसकी "प्राप्ति" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रकरण में अधिभूत है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" प्रमुख, कार्य, प्रकाशन द्वारा उद्देश्य से कुछ विज्ञापन और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार संप्रसारण में प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरा प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पते पर या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रसारित है कुछ प्रसारण, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रमुख उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और संप्रसारण होगा।

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

पसवीन बजावे (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 अधिभूत, हमारा ही को और में सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जैसे हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संप्रसारण या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/रोगी/रोगी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तीय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संप्रसारण या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संप्रसारण या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से तो ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Designation & Stamp of Authorised Signatory

Regd. No. 09383

Dr. Saroll's Specialty Eye Hospital

Dr. Saroll's Specialty Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]

Dear Mr. Tandon



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

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby- Noor Fatima- E/1224/0277

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

Name		Baby. Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadar bazar, Coloneelganj, Uttar Pradesh-271502	
MR N		DEL-C-21-08-0089	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-09	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