

DEL-4-21-04-0850

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
FOUNDATION
Building block of lifeAPPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

E/1224/0283

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथिAGE-YEARS आयु-वर्ष
SEX लिंगNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

MAST AMAAN

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम

JAVED ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
वर्तमान निवास पता
DWARA SULA MORADA BAD,
DITAR PRADESH - 240017PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी निवास पताOCCUPATION :
व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)PAN No. :
सर्वोच्च खाता संख्याARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	JAVED ALI	34	MALE	FATHER
2	RESHMA	34	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सामान्य 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 आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- I (I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my application & request void. I will be liable for inspection/verification.)
- I (I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form. The amount of assistance requested is true.)
- I (I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of similar assistance, in part or in full, from any other source/organization/individual/company/agency for the purpose for which this assistance is requested.)
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठ साबित होता है तो इस आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जाएगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- I (I hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/awarded, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for advertising purposes 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.)
- I (I further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/awarded, 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अपने नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस फॉर्म में प्रोदान हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किए जाएंगे, जिसके माध्यम से इस सहायता के लिए जानकारी दी जाएगी और/या इस सहायता के बारे में जानकारी दी जाएगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि "कोशिका फाउंडेशन" को प्रदान किए जा रहे हैं, उनका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान

वेदव्या

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथित)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता से सहमत हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जिसके माध्यम से इस सहायता के लिए जानकारी दी जाएगी और/या इस सहायता के बारे में जानकारी दी जाएगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. CHHAVI GUPTA

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Asst. Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व सील

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shweta Chandra Khanna of Hospital)

हम न ही हस्ताक्षर/सिफारिश करेंगे

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Amaan Amaan- E/1224/0283



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Amaan Amaan	Address/ Phone:	Thakur Dwara, Jils Moradabad, Uttar pradesh, 244001	
MR N		DEL-G-21-04-0850	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-19	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