

DEL-C-22-01-0229

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या: E/122410284APPLICATION DATE: 1/12/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: HAST AMEEREAGE-YEARS मासु-वर्ष: 3 YEARS
SEX लिंग: MALEFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम: MUNNE (FATHER)PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक आवासीय पता
BAREILLY, UTTAR PRADESH - 234001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: UNEMPLOYED (PENSIONER) FATHER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय
12,000 (FATHER)(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सर्वोच्च खाता संख्या

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	NIKHAT	5	FEMALE	SISTER
2	RIFA	0	FEMALE	SISTER
3	MUNNE	31	MALE	FATHER
4	REHANA	29	FEMALE	MOTHER
5	AKHILASH SHAH	62	MALE	GRAND FATHER
6	KHURE SHAH	58	FEMALE	GRAND MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का सौध प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 कौन किसका कारण है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA PR PROXIDURE - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:-

- 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.
- 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, 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अधिक सहायता प्राप्त करने है तो मेरी सहायता निम्न को का सकते हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी का नहीं है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में कहा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं करूँगा। इस घोषणा का उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं इस निधि को नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/republish 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 enable 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 प्रस्ताव पर आवेदनक द्वारा स्वीकार्यता के अंतर्गत को स्वीकार्यता, मैं (आवेदनक) आवेदनक द्वारा घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रस्ताव में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रस्ताव का विवरण को प्रसारित करने के लिये या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्रदान करने के लिये प्रसारित है। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्यता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान:

LT of Rihana (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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 it's 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 full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से प्राप्त/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" को विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार्यता करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विवरण उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण सिफारिश/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता के लिये अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त होगी/प्राप्त करने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता प्रदान विवरण प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का शुल्क लेगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेगी के इलाज शुल्क और अन्य लेने को सभी विवरणों लेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

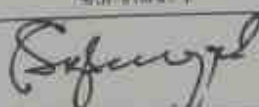
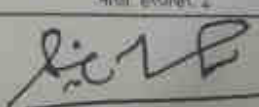
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 1/12/24	Dr. CHHAVI GUPTA Associate Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर व	Dr. Shroff's EAG Director Oculoplasty and Ocular oncology services Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Regd. No. 00291 (on behalf of Hospital) Dr. Shroff's EAG Eye Hospital
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

31st December 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Ameere Hamza- E/1224/0284

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Ameere Hamza	Address/ Phone:	Bareilly, Uttar Pradesh- 234001	
MR N		DEL-C-22-01-0229	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-01	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