

DEL-9-22-12-6855

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1224/0287

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST GULAM

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

SEX लिंग

2 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

MOND MUZAMMIL (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

WARD - 10, BANK BEGUISARAI, BIHAR - 851211

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

AUTO DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,44,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट पता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 से संबंध
1	MOND MUZAMMIL	30	MALE	FATHER
2	BESHAMI KHATUN	22	FEMALE	MOTHER
3	FUKRAN	3	MALE	BROTHER
4	MD. RASH	59	MALE	GRANDFATHER
5	ANISA KHATUN	57	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नरीची रसद को जोड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किनारे का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	PROCEDURE - GVA

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 लेई गई सहायता राशी
	NA	

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, liable for rejection/cancellation.

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 being availed.

13. ये धोखाधड़ी काया है कि इस प्रकार के विवरण को जानकारी का उपयोग मात्र नहीं करती है। यदि कोई विवरण एक समान उपयोग मात्र प्राप्त है तो भी आधार विवरण को या समझी है

2) यह प्रश्न का मतलब यह है "कॉलेजियल स्टाइल" में जो कि जोड़ी है, उसका उपयोग नहीं करना की तुलना में इसे फिर करना, जो इस प्रकार में होना है।

3) निम्न कथन हैं कि किम शब्दों हैं। यह शब्दों को यह है, जब शब्दों का अधिक या कम विचार किसी एक को निमित्तक या प्रेरक के रूप में ले लिया है और वे ही शब्दों के शब्दों।

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/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) (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 प्रश्न पर जहाँ इसका मत जहाँ भी इस संस्था, मैं (अध्यक्ष) जहाँ जहाँ भी मुझे पता है वह "कॉलेज काउंसिल" को उसके जहाँ "को" अधिक पता है कि जो यह पता, जहाँ और जो विभाग इस प्रश्न में कॉलेज है, उसे "कॉलेज" का जहाँ यह पता पता मुझे जहाँ से मुझे मिलीविधि को जहाँविधि के जहाँ मिली को जहाँ जहाँ से जहाँविधि जहाँ के लिए अधिक है। जो प्रश्न का विभाग जो जहाँ के जहाँ के जहाँ के जहाँ के जहाँ के लिए "कॉलेज काउंसिल" को जहाँ अधिक है।

2.3 मैं (आपका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण को बिना आपकी कसूर के उपयोग के नहीं किया जा सकता है।

अधिकांश में प्रभावित यह समूहों का पिता

रकीमा खातून

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (do/do not) 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 petarricase, as we are receiving aid from Kumbika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kumbika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kumbika Foundation, we shall seek financial assistance from another NGO or any other source. This

requesting to gift from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, the Hospital shall not be required to make up the shortfall from another NGO or any other source. This shall not be construed to mean that the Hospital shall not be required to make up the shortfall from another NGO or any other source, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The Hospital shall not be required to make up the shortfall from another NGO or any other source, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another 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 basis of this commitment between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will not incur any responsibility towards the patient. Koshika Foundation will bear no role or responsibility in the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the basis of this commitment between the patient & the Hospital.

2) The assistance from Koshika Foundation to the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. The patient, is assumed to assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

इससे अधिकतर, इनसाइडी की जमी में आपलोगों की "बौद्धिक फायदेमंद" में विलीन सातक होतु निभायिनी की जाती है, जिसे हम (इनसाइडी) निम्न प्रकार से पाया व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो सामंजस और न ही जीवन में विविध सम्मान किसी भी सामाजी व्यवस्था में किसी अन्य भाव से एक ऐसे-व्यक्ति में से हो पाये है, जैसे कि हमने "आतिथ्य आनन्दन" के अन्तर्गत देखा है।

म. सिमरारिगविद्विजी उक्त के सम्बन्ध में "अधिका कान्यदत्त" हुए मर गे हैं कि न। यदि "अधिका कान्यदत्त" हुए सम्बन्ध विच्छिन्न आश्रय-वर्तक हुए मरें, तो किन बातों से वे सम्बन्धित हैं? किन्हीं के सम्बन्धी होना का किसी अन्य सम्बन्ध से सम्बन्धित होने का अधिका सुनिश्चित नहीं है। इस सुनिश्चित करने का मत है कि अन्ततः शिष्टेय मर उक्त शरीरधामने हेतु किसी

[illegible]

2. "कोशिका-पराजीवन" से जो यह साबित होता है कि प्रतीति को ही। रोने पर हमलावा द्वारा जो यह साबित है कि वह अत्यधिक कोशिका को मारने से पूर्व हमलावा

के बीच का विवाद है और "कॉलिका काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई इराका नहीं है। इसलिए हमारा मत है कि जो इराका मुद्रा को आप जान का लिए सम्मोचन द्वारा एक सम्मोचन के रूप में और "कॉलिका" को कोई भौतिका या विद्युत्तिका रूप धारण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वभावात् न च विप्र संसृजि

14/12/20

Adjunct Consultant
City and County of Denver

Imaging of the Neck: No. With Stamp

Team #10075

Distances

Osteoplasty and Ocular oncology services
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

Beck, on behalf of Hospital

Page 100 of 100

[illegible]

मानविक दृष्टिकोण हेतु

Figure 1

Exemplar

1991-1992

2028

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Gulaam Mukajakkir- E/1224/0287

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Gulaam Mukajakkir	Address/ Phone:	Ward-10, Bank begusarai, Bihar- 851211	
MR N		DEL-G-22-12-6865	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024-12-14	ELJA (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