

DEL-P-24-08-4343

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building School of life		
APPLICATION No: E/1224/0291		APPLICATION DATE: 2/12/24		
NAME of APPLICANT: MAST MOHD. ALI		AGE-YEARS: 10 MONTHS	SEX: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIHAL (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KANANA, BARFILI, UTTAR PRADESH - 226401				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: KANANA, BARFILI, UTTAR PRADESH - 226401				
OCCUPATION: TAILOR (FATHER)		MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income)		
PAN No: XXXX XXXX XXXX				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No हा / 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	AMMAN	05	MALE	BROTHER
2	NIHAL AHMAD	38	MALE	FATHER
3	GUL APSHA	32	FEMALE	MOTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निर्धार आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लिये निम्नलिखित का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
Sr. No. क्रम संख्या	1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA 2. treatment - EVA, Chemop			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है? NO				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी. रा. सहायता राशि	
	LA			



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

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.

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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मैंने सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" में जो कि राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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 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.

3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर यहाँ की पूर्ण शक्ति से "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा नामी, छाप, वक्तापन द्वारा उपरान्त में दुरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रार्थना का विवरण भी इसमें जो बताया है वह मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रार्थना अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, अंगूठे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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 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.

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्यता/पैरों को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से साथ में स्वीकार करते हैं।

1) यह कि - न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश तथा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय स्वीकार/सहायता हेतु भुगतान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इसी तरह सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और अंत होने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/12/24	Dr. CHHAVI GUPTA Arjunet Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Dr. Shrawan Chandra Eye Hospital राँची, ज.	Dr. CHAN DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Regd. No. 00291 on behalf of Hospital) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Handwritten Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Handwritten Signature]</i>
---	---



31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Md Ali- E/1124/0291

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

Name		Maat. Mohd Ali	Address/ Phone:	Kajiana, Bareilly, Uttar Pradesh-225401	
MR N		DEL-P-24-08-4343	Age/Sex	10 Months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-07	EUA(Examination under Anaesthesia)	2000	1	2000
2	2024-12-12	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2024-12-14	MRI	6500	1	6500
		Total			11000

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