
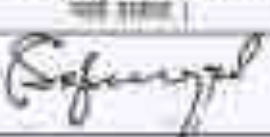

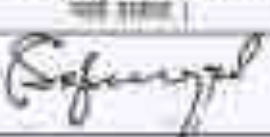

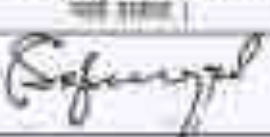



DEL-P-24-01-6114

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)		Koshika Foundation Building Society of India		
APPLICATION No. आवेदन क्रमांक	E/E125/0314	APPLICATION DATE आवेदन तारीख	13/01/25	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	KULSUM	AGE/वर्षाव वर्ष	01 YEARS	
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम		KAMPAN ALI (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - नवनिर्वासी पता				
55A, KUCHA, BEHMAN, CHANDNI CHOWK-11006.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास पता				
OCCUPATION व्यवसाय		PRIVATE JOB (FATHER)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		1,20,000 (FATHER)		
FAN No. (यदि उपलब्ध हो)		MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax which ever is applicable) क्या आप आय कर कादाता हैं (जो भी लागू हो उसे भरें)		Yes / No हां / नहीं		
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	KAMPAN ALI	32	MALE	FATHER
2.	MEHNAZ	32	FEMALE	MOTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (The whichever is applicable) कारण से सेवा प्राप्त करने के लिए				
BPL Card (Aadhar Card Copy) यदि कोई कार्ड है तो उसे प्रस्तुत करें (अगर हा हा तो उसे प्रस्तुत करें)	CWS Certificate (Aadhar Card Copy) यदि कोई कार्ड है तो उसे प्रस्तुत करें (अगर हा हा तो उसे प्रस्तुत करें)	Health Card (Aadhar Card) यदि कोई कार्ड है तो उसे प्रस्तुत करें (अगर हा हा तो उसे प्रस्तुत करें)	Any other Aadhar Card यदि कोई कार्ड है तो उसे प्रस्तुत करें	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE कारण से सेवा प्राप्त करने के लिए				
Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जोड़े गए			
1.	DIAGNOSIS - RETINORHINOTOMIA			
2.	TREATMENT - SURG			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES क्या समान उद्देश्य के लिए मदद अन्य स्रोतों से मिल चुकी है				
Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED क्या मदद मिल चुकी है		
	NA	NO		



<b>DECLARATION by APPLICANT (please print name)</b> I/We hereby declare that all details in this Form are true to the best of my/our knowledge. Any false statement will render my/our Application & ongoing assistance, if any, void for KOSHHA FOUNDATION. I/We solemnly declare that assistance, if received from Koshha Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me. I/We hereby confirm that I have not & will not in future, sought reimbursement, in part or in full, from any other institution/private/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मेरा नाम, पता और मेरी स्थिति सही है और मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। 2) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं "उद्देश्य" के लिए ही मदद मांग रहा हूँ, जो मैं यहाँ पर लिख रहा हूँ। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस मदद को किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं इस्तेमाल करूँगा और मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस मदद को किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं इस्तेमाल करूँगा।			
<b>AGREEMENT by APPLICANT (please print name)</b> I/By affixing my signature or thumb impression in this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshha Foundation and its Trustees to contact/interact with/represent my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/needed through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshha Foundation and/or disseminating information about its activities/programmes. Such use of my photo & details can be made by Koshha Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested. I/We (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/needed, will not automatically entitle me for receiving or conducting the said assistance. The decision for granting and/or conducting the assistance will rest solely with the Trustees of Koshha Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me. 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ, मैं (अर्जितकर्ता) यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं "उद्देश्य" के लिए ही मदद मांग रहा हूँ। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। 2) मैं (अर्जितकर्ता) यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ, मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है।			
<b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:</b> यहाँ पर अपना नाम लिखें या बायाँ हाथ का छाप दें। 			
<b>AGREEMENT by HOSPITAL (please print name)</b> By affixing responsible signature of our authorized signatory for recommending this certificate for financial assistance from Koshha 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 indications, as we are requesting to get from Koshha Foundation. In the event that such assistance is granted by Koshha Foundation, if the requested assistance is not granted by Koshha 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 certificate essentially states that the Hospital will not seek any duplicate assistance for the same indications from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Koshha Foundation is only financial in nature. The scope 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 Koshha Foundation. Hence, the Hospital will ensure safe & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshha Foundation will have no role or responsibility in the matter. मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ, मैं (अर्जितकर्ता) यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं "उद्देश्य" के लिए ही मदद मांग रहा हूँ। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ, मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। 2) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ, मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है। मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं यहाँ पर जो मदद मांग रहा हूँ वह मेरी जरूरत है।			
<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>Dr. CHHAVI GUPTA</b>            Assistant Consultant            Oculoplasty and Ocular Oncology Services            Dept. No. 125745            Dr. Shree's Charity Eye Hospital            (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)            यहाँ पर डॉ. का नाम और रजि. नं. लिखें।         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <b>Dr. SIMRANS</b>            Director            Oculoplasty and Ocular oncology services            Director, Medical Oncology Department            Dept. No. 125801            Dr. Shree's Charity Eye Hospital            (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)            यहाँ पर डॉ. का नाम और पद लिखें।         </div> </div>			
<b>FOR INTERNAL USE of KOSHHA FOUNDATION</b> (यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b>            यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें।   </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;"> <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b>            यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें।   </td> </tr> </table>		<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें। 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें। 
<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें। 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> यहाँ पर डॉ. का नाम लिखें। 		





**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922

21<sup>st</sup> January 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Baby Kulsum- E/0125/0314



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Delhi is NABL Accredited

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeon					
Name	Baby, Baby Kulsum		Address	5257, Kucha rahman/Chandni chowk, Delhi, 110006	
Phone			Age/Sex	1 year	Female
MR N	DEL-P-24-01-8114				
S. No.	Treatment ID/DO	Name	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2023-01-15	ELIA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Suresh Das

Director

Ophthalmology 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 : 011-43526816

E-mail : scch@scch.net, Website : www.scch.net

#### OTHER CENTRES

ALWAR • BAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • UNDAWAN • KAROL BAGH (DELHI) • NODD NAGAR • RANIKHET