

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Be King, be of It.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E/0125/0323	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	20/01/25
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MAST IBRAHIM	AGE-YEARS आयु-वर्ष	07 YEARS
		SEX लिंग	MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	MD. ZAHID (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
7688, GATE DARGA WALL, FID, GHAZI ROAD, SHARER BAZAAR, DELHI-110006			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
OCCUPATION : व्यवसाय	SHOP OWNER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	1,20,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (अथ का प्रमाण प्रस्तुत करें)
PAN No. स्थान/छात्रा संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावें)	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 के साथ सम्बन्ध
1.	MR. ZAHID	44	MALE	FATHER
2.	TRAM	25	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिव्ये गये बिस्वी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाते को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - GENETIC TEST

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 तो गई सहायता राशि
	NA	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करता है)**

- 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 liable for retrospective 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 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 for which the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रपोज में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गलतपन एवं कथन प्रकृत सच बता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सच 'उद्देश्य' का उल्लेख कर रहा हूँ, जो इस प्रपोज में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में कहीं अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लियेगा और न ही लियेगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करता है)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/cut/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 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) (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 प्रपोज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने अधिकारों को सौंप रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपोज में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से सूची विनिर्दिष्टों और उपलब्धियों के लिये विज्ञापन के माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम होंगे।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना। इस प्रपोज में "कोशिका" द्वारा उल्लेख की गई विवरणों का निर्णय अंतिम और सौंपा हुआ है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

*Inom*

**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तेमाल द्वारा करता है)**

- By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & 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.

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार के सहायता या उद्देश्य के लिए अन्य स्रोत से उद्देश्य प्राप्त करने के लिए या ले ले है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/उद्देश्य प्राप्त करने के लिए या ले ले है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य प्राप्त करने में सक्षम नहीं है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपोज में सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता/उद्देश्य प्राप्त करने के लिए या ले ले है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। उपचार का चुनाव या प्रकृत के लिए या ले ले है। उपचार/उद्देश्य का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर करने का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। उपचार/उद्देश्य में किसी भी प्रकार के हस्तक्षेप और अपने करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें एवं हमारा ही होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. CHHAVI GUPTA**  
Adjunct Consultant,  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Regd. No. 100745  
Dr. Shroff's Chagla Eye Hospital  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
दस्तावेज का नाम व हस्ताक्षर यहाँ पर

**Dr. SIMA DAS**  
Director  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 00291  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व उद्देश्य के अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अपरेशन का तिथि  
**25/1/25**

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नाम लिखें।  
*Safarjani*

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
नाम लिखें।  
*Sharma*

31<sup>st</sup> January, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ibrahim- E/0125/0323

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Ibrahim	Address/ Phone:	7688, Gali daroga wali, Sadar Bazaar, Delhi- 110006	
MRN		DEL-P-21-06-0185	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-25	Genetic test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>20000</b>

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**