

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **E/0126/0353** APPLICATION DATE: **8/1/26**

NAME of APPLICANT: **BABY NAZMI** AGE-YEARS: **03 YEARS** SEX: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ARIF HASANI (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **HIND - 246, WARD, BMEICOR, TALAFUN, U.P. - 285123**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्वास्थ्य देखभाल हेतु**

OCCUPATION: **PRIVATE JOB (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **1,20,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. **स्वास्थ्य देखभाल हेतु**

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	ARIF HASANI	40	MALE	FATHER
2.	ZAIR NAZMI	03	FEMALE	MOTHER
				SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) <b>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रिंट संलग्न करें)</b>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) <b>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रिंट संलग्न करें)</b>	Ration Card (Attach Copy) <b>उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रिंट संलग्न करें)</b>	Any Other Basis/Proof <b>अन्य कोई साक्ष्य</b>
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached <b>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</b>
1	<b>DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA</b>
2	<b>TREATMENT - INTRAARTERIAL CHEMOTHERAPY</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES **NO**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE <b>अन्य स्रोत का नाम</b>	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED <b>ली गई सहायता राशी</b>
	<b>IA</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।  
3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का आर्थिक या सकारण किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी वास्तविकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषणा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, धर्म, मान्यता/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है: मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्तान्तरण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।  
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

- 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 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना यह (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
1) यह कि - तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सकारणी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सकारण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सकारणी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इन पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सकारणी स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ली गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने के लिये निर्णय रोगी एवं हस्ताक्षर को होगा और "कोशिका" को कोई धुंमका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS  
Director

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. CHHAVI GUPTA  
Adjunct Consultant  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Regd. No. 130745  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, व

Oculoplasty and Ocular oncology SERVICES  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 00281

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासीय हस्ताक्षर 2



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

Caring for the community since 1922.



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

30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Nazmi Urf Arishfa- E/0126/0353

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Nazmi Urf Arishfa	Address/ Phone:	H/No.- 296, Ward bhekor, Jalaun, U.P.- 285123	
MR N		DEL-P-23-10-0104	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-09	Intra arterial chemotherapy	90000	1	90000
		<b>Total</b>			<b>90000</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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET