

DEL-4-22-12-6855

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0225/0366 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01-02-25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: GULAM MUKAJAKKIR AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 02 YEARS SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: MOHD MUZAMMIL (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

WARD-10, BANK BSGUSARAI, 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 साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

## 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 सम्बन्ध
1	MOHD MUZAMMIL	30	MALE	FATHER
2	REHAM KHATUN	32	FEMALE	MOTHER
3	FUKRAN	03	MALE	BROTHER
4	MO. KAJM	59	MALE	GRANDFATHER
	ANISA KHATUN	57	FEMALE	GRANDMOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. / क्रम संख्या Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA  
2. TREATMENT - EIA

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 / ली गई सहायता राशि

NA

**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 the assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञानकी best के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ जो सहायता माँग रहा हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में करूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-iterate/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.
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" पत्रपत्र, पत्र, पत्रिका/पत्रिका द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण रूप से सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्रपत्र, उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

रुकीमा खातून

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से माधुरी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि उक्त रोगी/रोगी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत आर्थिक/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरुआत और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. CHHAVI GUPTA  
 Consultant,  
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
 Regd. No. 100725  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. SIMA DAS

Director,  
 Oculoplasty and Ocular oncology services  
 Director, Medical Education Department  
 Regd. No. 00291  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 01/02/25

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यासी हस्ताक्षर 1

Safaraj

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature



28<sup>th</sup> February, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Gulaam Mukajakkir-E/0225/0366

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-22-12-6855	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	01-02-2025	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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