

DEL-4-23-06-5210

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या :

E/0325/0372

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

17-03-25

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

MOMO SAMAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

04 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

AZEEM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VILLAGE DEHANKARPUR, SAHARNPUR, U.P.-207662

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता



OCCUPATION
व्यवसाय

CARPENTER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ छाना भरें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 से संबंध
1	AZEEM	33	MALE	FATHER
2	RUBINA	29	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित करें

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) प्रमाणपत्र कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने दिवसी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	
1	DIAGNOSIS - RETINORLASTOMA
2	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NA

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 to be void for non-compliance.
- 2) I further 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविक नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "बोसिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ तो मैं इसे, उसका उपयोग उद्योग की पूर्ति के लिए किए जाने, के इस प्रपत्र में बता रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में न तो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

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

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "बोसिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, इसे "बोसिका फाउन्डेशन" नाम, पता, फोटो और विवरण के माध्यम से धन की सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका उपयोग करने के लिए "बोसिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "बोसिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "बोसिका फाउन्डेशन" नाम, पता, फोटो और विवरण के माध्यम से प्रचारित करें और सहायता के लिए अधिकृत हों।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अर्शक

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

By affixing his/under signature of our Authorized 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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा कर रहा है कि "बोसिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता से निषेधित नहीं है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने के लिए अधिकृत होंगे, जो कि हमें "बोसिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए अधिकृत है। यदि "बोसिका फाउन्डेशन" हमें सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हमें अधिकृत है कि हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमारा और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने के लिए अधिकृत होंगे।

2. "बोसिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का चयन हमारे और रोगी के बीच की समझौता के आधार पर होता है, जो कि "बोसिका फाउन्डेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने स्वयं के तरीके से चल रहा है और "बोसिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/3/25

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

Dr. CHHAVI GUPTA
Director of Oncology Services
Dr. Shashi's Clinic
100745

Dr. SIMHAS
Director
Director of Oncology Services
(Name of Director & Stamp of Authorized Signatory)
हस्ताक्षर के साथ

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

अर्शक

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

अर्शक



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...



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

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Samar-E/0325/0372

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Samar	Address/ Phone	Village Dhankarpur, District- Saharanpur, Uttar Pradesh-247662	
MR N		DEL-G-23-08-5210	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-19	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

for Dr. Sima Das

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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)