

VRN-C-23-05-0752

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(आरोग्य सहायता)



APPLICATION No.
आवेदन क्र. ०३२५/०३७८

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 11-03-25

NAME OF APPLICANT
आवेदन करी ०३२५/०३७८
BABY AASHIFA

AGE-YEARS मास व
05 YEARS
SEX लिंग
FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पति का नाम
JAVED (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MOH. VYAPAR, HALL-CHANDANDE ACHRU
LAHORA, MATHERA, RAYA, U.P. - 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता



OCCUPATION: VEGETABLE SELLER (FATHER) MARRIED (Father) / UNMARRIED (Mother)

TOTAL ANNUAL INCOME 84,000 (FATHER) (Attach Proof of Income)

PAN No. ३०३३ ३०३३ ३०३३

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप एक आय कर करदाता हैं (को सही को तिक करें कि नहीं कि प्रमाण देंगे)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (पति/पति)

Sl. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करी के साथ संबंध
1.	JAVED	22	MALE	FATHER
2.	MANI	26	FEMALE	MOTHER
3.	AYUSHI	07	FEMALE	SISTER
4.	AVAT	02	FEMALE	SISTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
आवेदन करी के लिए आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण देंगे (आवेदन करी के साथ प्रमाण देंगे)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) बीएस प्रमाण देंगे (आवेदन करी के साथ प्रमाण देंगे)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (आवेदन करी के साथ प्रमाण देंगे)	Any Other Basis/Proof कोई अन्य आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
आवेदन करी के लिए उद्देश्य

Medical Reports/Prescriptions Attached
वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रेस्क्रिप्शन जोड़ेंगे

Sl. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - ENU

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
यदि आवेदन करी के लिए सहायता प्राप्त करी वहाँ से प्राप्त होगी

Sl. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उपलब्ध राशि का नाम
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक प्र. 90)

- I hereby declare 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 null & void.
- 21) I hereby declare 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 null & void.
- 22) I hereby declare that I have not & will not in future, seek or request assistance, in part or in full, from any other source (employer/insurance company, etc.) for the same purpose for which assistance is requested.
- 23) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस बात से सहमत हूँ कि मैंने अपने सभी वित्तीय स्रोतों को जाँच लिया है और मैंने यह सुनिश्चित किया है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है।
- 24) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने इस बात से सहमत किया है कि मैंने अपने सभी वित्तीय स्रोतों को जाँच लिया है और मैंने यह सुनिश्चित किया है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक प्र. 90C)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kushiya Foundation and its Trustees to use/publish/republish 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 Kushiya Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kushiya 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 Kushiya Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने इस बात से सहमत किया है कि मैंने अपने सभी वित्तीय स्रोतों को जाँच लिया है और मैंने यह सुनिश्चित किया है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है।
- 4) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने इस बात से सहमत किया है कि मैंने अपने सभी वित्तीय स्रोतों को जाँच लिया है और मैंने यह सुनिश्चित किया है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 छाप)

RANI

AGREEMENT by HOSPITAL: (अर्शक प्र. 90D)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending his patient for financial assistance from Kushiya 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 Kushiya Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kushiya Foundation. If the requested assistance is not granted by Kushiya 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 Kushiya 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 Kushiya Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Kushiya Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने इस बात से सहमत किया है कि मैंने अपने सभी वित्तीय स्रोतों को जाँच लिया है और मैंने यह सुनिश्चित किया है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है।
- 4) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने इस बात से सहमत किया है कि मैंने अपने सभी वित्तीय स्रोतों को जाँच लिया है और मैंने यह सुनिश्चित किया है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(अर्शक के लिए सिफारिश)

Date of Surgery
(अर्शक की तारीख)

12-03-25

(Name of Dr. & Regd. No.)

Dr. Ravi Gupta

Regd. No. 12345

(Name, Designation & Stamp of Hospital's Authorized Signatory)

Dr. Ravi Gupta

Regd. No. 12345

FOR INTERNAL USE OF KUSHIYA FOUNDATION

(अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(अर्शक के लिए)

Ravi Gupta

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(अर्शक के लिए)

Ravi Gupta



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring to the community since 1922.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Caring to the community since 1922

17th March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Aashifa Aashifa-E/0325/0378

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Aashifa Aashifa	Address/ Phone:	Mohi Vyapani, Gali-Chamunda, Achru lahora, Mathura, Raya, Uttar pradesh- 281204	
MRN		VRN-C-23-05-0752	Age/Sex	8 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-03- 12	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplastic and Ocular Oncology Services

Signature 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: 011-43528818

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

OTHER CENTRES

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