

DEL-C-22-011071

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building Good of life

APPLICATION No.  
आवेदन संख्या E1032510399APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि 26/3/26NAME of APPLICANT  
आवेदनकर्ता का नाम ASIFAAGE-YEARS  
वर्षों में 04 YEARSSEX  
लिंग FEMALEFATHER/SPOUSE'S NAME  
पिता/पत्नी का नाम NAZMUDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान निवास

LAAM KARAHIPUR, POST LAJRAULA  
AMROHA, UTTAR PRADESH-244328

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास

OCCUPATION  
व्यवसाय BARBER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME  
कुल वार्षिक आय 1,08,000 (FATHER)(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय करदाता हैं? (जो लागू हो उस पर तिक) या निम्न लगानेYes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदनकर्ता के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------------------------------|
| 1-                     | NAZMUDDIN                                         | 30                         | MALE           | FATHER                                             |
| 2-                     | SHAHIN                                            | 24                         | FEMALE         | MOTHER                                             |
| 3-                     | ARISH                                             | 02                         | MALE           | BROTHER                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |
|                        |                                                   |                            |                |                                                    |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                          |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सबसे गरीबों की सूची में नाम दर्ज है<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached  
वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS- RETINOBLASTOMA                                                                           |
| 2.                     | TREATMENT- EVA                                                                                      |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |
|                        |                                                                                                     |

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है? NO

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>लेनी वाली सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                        | NA                                        |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |

# DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कीजिए)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & assistance 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 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 cost for which this assistance is requested.
- मेरे द्वारा कलम है कि इस प्रश्न में मैंने जो सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य न हो तो मेरी आवेदन पत्र को नकारा जायेगा।
- मेरे द्वारा मेरी आवेदन पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ही न हो, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मेरे द्वारा कलम है कि मैंने भविष्य में, इस बात का अधिकार या अधिकार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो, जिसके लिए मैंने आवेदन किया है।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कलम)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दैनिक, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा कलम की इन बातों पर मैंने सहमत होना है कि "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य व्यक्ति को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के लिए किसी भी प्रकार के अधिकार नहीं होंगे। इस संबंध में "कोशिका" दैनिक, इसके अधिकृत व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

शाईनि

## AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कलम)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
  - 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करायी जायेगी या न हो, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/करायी जायेगी हेतु मांग की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/करायी जायेगी नहीं, तो हमारा/हमारी को सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा। इस मुद्रा के माध्यम से हम यह भी स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने पर हमारा/हमारी को किसी भी प्रकार का अधिकार नहीं होगा।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। (हो) या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमारे/हमारे द्वारा किया गया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारी/हमारी को होने वाली सहायता और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे/हमारे द्वारा स्वीकार की जाती हैं और "कोशिका" को कोई भुगतान या निवेदन/प्रति हमारे/हमारे से नहीं होगा।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की लिए सिफारिश

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

23/3/25

Dr. CHHAVI GUPTA  
(Name of Dr. & Regn. No. with State Council)  
हॉस्पिटल के अधिकृत चिकित्सक/सर्विसेस  
Regn. No. 100745

Dr. SIMAROS  
Director  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)  
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक द्वारा 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक द्वारा 2

Signature



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

Caring for the community since 1922...



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

21st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Asifa-E/0325/0399

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                  |                    |                                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|--------------------|----------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                | Baby. Asifa      | Address/<br>Phone: | Village Gajraula, Uttar Pradesh-244235 |             |
| MR N                                                                                               |                | DEL-C-22-01-1071 | Age/Sex            | 4 years                                | Female      |
| S. No.                                                                                             | Treatment date | Items            | Cost per Unit      | No. of unit                            | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 3/27/2025      | EUA              | 2000               | 1                                      | 2000        |
|                                                                                                    |                |                  |                    |                                        |             |
|                                                                                                    |                |                  |                    |                                        |             |
|                                                                                                    |                | <b>Total</b>     |                    |                                        | <b>2000</b> |

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)