

DEL-4-19-07-3418

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : E1042510018 APPLICATION DATE : 05/4/25

NAME of APPLICANT : SABRIN KHATOON AGE-YEARS : 06 YEARS SEX : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAUSHAD ANSARI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : VILLAGE : AMIZA POST DISTRICT : JAMUI
VIHAR - 811305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सहायता हेतु आवेदन पता



OCCUPATION : LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : सहायता हेतु आवेदन पता

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 के साथ सम्बन्ध
1.	NAUSHAD ANSARI	40	MALE	FATHER
2.	SUHAN KHATOON	33	FEMALE	MOTHER
3.	ABBAZ ANSARI	17	MALE	BROTHER
4.	MEHRAZ KHATOON	14	MALE	BROTHER
5.	SHANAM KHATOON	15	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेशन को सही प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS -
2.	TREATMENT - RETINOBLASTOMA - EUA

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 लिया गया सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि किसी सहायक से, यह प्राप्ति की जायेगी, उस चीज का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य सोर्स/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया।

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्प न्यासी, दान, वाचनादय दूसरे उद्देश्य से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रमाण प्रकाश में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रमाण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष या कर मे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक से उद्देश्य से प्रेषित है उसे प्रमाण: सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्प उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

md Noursad Ali

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सहायक न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्त सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उपाय लेने/पान करने से हो रहा है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त/सहायक/वित्त उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्त सहायक/वित्त हेतु सहायक नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल वित्त सहायक हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक वित्त सहायक प्रदान की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायक या वित्त सहायक/प्रदान का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायक नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के सहायक सहायक और अपने करने की गति विधियों रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई सहायक या वित्त/सहायक इस सम्बंध में नहीं होगा।

Dr. SIMA DAS
Director

Dr. CHHAVI GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Adjunct Consultant, स्वीकृति के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Oculoplasty : rd Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914

20 April 2025



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Caring for the community since 1914

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Sabrin Khatoon- E/0425/0013

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Sabrin Khatoon	Address/ Phone:	Village Mauza post District Jamui Vihar - 811305	
MR N		DEL-G-19-07-3416	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	09/04/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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