

DEL-C-22-01-0229

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : E/0425/0018

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/4/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

MAST AMEERE HAMZA

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

4 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्ब का नाम

MUNINE (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BAREILLY, UTTAR PRADESH- 23400

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

PENSION- UNEMPLOYED (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

12,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. नया/प्राचीन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगायें)

Yes / No

हाँ / 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	NIKHAI	05	FEMALE	SISTER
2	RIFA	04	FEMALE	SISTER
3	MUNINE	51	MALE	FATHER
4	REHMAN	27	FEMALE	MOTHER
5	AKHTAR SHAM	69	MALE	GRANDFATHER
6	KHURRUM SHAM	58	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा की नीति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Bank/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्टों से कटौती की गई डॉक्टरों द्वारा प्रमाणित
6	DIAGNOSIS- TREATMENT- REINO BRADYMA SUP

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि
	LP	

# DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 retraction/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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में स्पष्ट किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस राशि का कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
  - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" प्रकाश, चित्र, ध्वनि, पाठ्य/या अन्य उद्देश्य से जुड़ी तस्वीरों/चित्रों और अन्य माध्यमों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, उस स्थिति में सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रकाश, चित्र, ध्वनि, पाठ्य/या अन्य माध्यमों के लिए प्रसारित करने की अनुमति होगी।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



LT of Rihana (Mother)

## 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 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 जरूरत मामलों/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से विनियमित/निर्धारित करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष रूप से इस सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से अस्पताल लेने का कोई भी अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष रूप से इस सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से अस्पताल लेने का कोई भी अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आगे बढ़ने की गारंटी विनियमों के तहत एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भी अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए संस्तुति)

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/4/25</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant (Name, Designation &amp; Stamp of the Hospital) हॉस्पिटल के डॉक्टर/अधीनस्थ (नाम, पद और छाप)</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation &amp; Stamp of the Hospital) हॉस्पिटल के निदेशक/अधीनस्थ (नाम, पद और छाप)</p>
<p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आमसी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आमसी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>	



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

Caring for the community since 1914...

30<sup>th</sup> April 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Ameere Hamza- E/0425/0018

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Ameere Hamza	Address/ Phone:	Bareilly, Uttar Pradesh- 234001	
MR.N		DEL-C-22-01-0229	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	13/04/2025	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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

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