

DEL-4-24-03-5504

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E10425/0026

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/4/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MD. HASAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

03 YEARS

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

ALI MOHD (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE KHULRA, KHERI, U.P. - 262701

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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.	ALI MOHD	40	MALE	FATHER
2.	JAMILA	36	FEMALE	MOTHER
3.	SHERBANO	03	FEMALE	SISTER
4.	MD. MUSSAIN	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card  
(Attach Card Copy)गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)आयु अथवा वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)उपभोग्य कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)Any Other  
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA  
2. TREATMENT - CHEMO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

No

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

कौन सा सहायता राशि

NA

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if any, liable for re-evaluation.
- 2) 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.
- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन प्रमाण प्राप्त करता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस ओर ध्यानपूर्वक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अधिक या कमला विवरण किसी अन्य प्राप्ति/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा मंचनी, चप, प्रकाशित एवं प्रसारण से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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:
- 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.

- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्पताल की ओर से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, यदि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अधिकृत/प्रकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय मदद तथा रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता पर किसी भी उपचार/उपचार का चयन रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य चर्चा की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS  
Director

Dr. CHHAVI GUPTA  
Adjunct Consultant

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

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

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery  
आपरेसन की तारीख

Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Regd. No. 10745

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

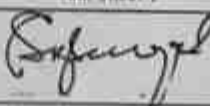
अन्तर्गत उपयोग हेतु

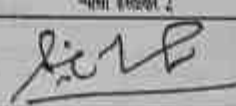
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2









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

Caring for the community since 1914...

30 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. Mohd Hasan- E/0425/0026

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Hasan	Address/ Phone:	Village khulra, Kheri, Uttar Pradesh- 262701	
MR N		DEL-G-24-03- 5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/04/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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 • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)