

DELP-2310-3487

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: E/0625/0085 APPLICATION DATE: 25/6/25
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MAST TALIB AGE-YEARS 04 SEX MALE
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: MOHD RIZWAN (FATHER)
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

HOUSE NO. KARALI DISTRICT: SHARADHAI, P.O. KARALI,
STATE: UTTAR PRADESH: 224301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: FACTORY LABOURER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
☒ ☐

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,12,000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थापित नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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.	<u>MR. RIZWAN</u>	<u>35</u>	<u>MALE</u>	<u>FATHER</u>
2.	<u>PIYAN</u>	<u>04</u>	<u>MALE</u>	<u>BROTHER</u>
3.	<u>KEHNUMA</u>	<u>6 MONTHS</u>	<u>FEMALE</u>	<u>SISTER</u>
4.	<u>ZOHAN</u>	<u>4 MONTHS</u>	<u>MALE</u>	<u>BROTHER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिष्ठी रेखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये निम्नलिखित कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached व्ययपत्र/प्रास्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA</u>
2.	<u>TREATMENT - GENETIC TEST</u>

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 कौन सा सहायता का राशि
	<u>NA</u>	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निष्ठ की जा सकती है।
- 5) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ तो यह है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में भुगतान करूँगा।

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 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 will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, आवाज या अन्य माध्यम से मुझे सहायता के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। कोशिका का विवरण मेरी इलाज के खर्चे या मदद करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी माध्यम से प्राप्त किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रकाशित करने वाले किसी भी माध्यम का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

RIZWAN

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

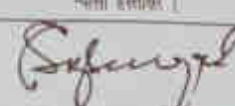
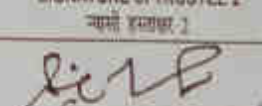
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) चिन्म प्रकाश में मान्यता देते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जिससे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अनुमति हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के माध्यम से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के माध्यम से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच पर किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और खर्चे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या भिन्नता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/6/25	 Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 100144	 Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Director, Medical Rehabilitation Koshika Foundation Koshika Foundation Koshika Foundation
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Talib- E/0625/0085

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Talib	Address/ Phone:	House: 00 Bareilly, district: Sambhal, P.O.: Barahi, Uttar Pradesh- 244301	
MR N		DEL-P-23-10- 3487	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-27	Genetic Test	25000	1	25000
		Total			25000

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)