

DEP-24-01-6114

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: E/0625/0098		APPLICATION DATE: 23/6/25		
NAME of APPLICANT: KULSUM		AGE-YEARS: 02 YEARS SEX: FEMALE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KAMRAN ALI (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 626F, KULCHA KHAMMANI CHANDANI (HOWK), DEHI-6, G.P.O., DEHI-110006				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above				
OCCUPATION: PRIVATE JOB (FATHER)				
TOTAL ANNUAL INCOME: 1,20,000 (FATHER)		MARRIED (Ticked) / UNMARRIED (Ticked)		
PAN No. same as above		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No		
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	KAMRAN ALI	37	MALE	FATHER
2.	MEHNAT	32	FEMALE	MOTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
SPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
	2. TREATMENT - EVA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
	NOT		NO	

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, if any, liable for rescission/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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी प्रकार से या भविष्य में नहीं, इस राशि का वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-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 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 मुद्रा के साथ सहमत हो, मैं (आवेदक) अपनी परामर्श की सुविधा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, प्रकाशकों द्वारा यादों से बड़ी पत्रिकाओं और पत्रिकाओं के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से प्रेषित है। मुझे पता: फाउंडेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रेषित पत्रिकाओं का निर्देश अधिकृत और संपादकों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

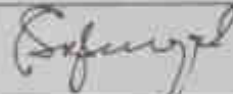
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से संपादकों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में सच स प्रमाणित करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करने में लगे रहेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिफल प्राप्त कर सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी सहायता/संगठन हेतु प्रेषित नहीं किया जाता है तो हमारा निर्देश प्रेषित है। सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुविधा में संशय नहीं है कि हमारा निर्देश प्रेषित करने के लिए सहायता संगठन से सहायता संगठन से नहीं लेना/लेती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" को भी कोई सहायता संगठन वित्तिय प्रदान की है। हमारे पर हमारा प्रश्न ही नहीं सहायता संगठन को जिसे हमने सहायता/प्रदान का सुझाव देते हैं। हमारा प्रश्न ही है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इससे हमारा प्रश्न में प्रेषित है सहायता संगठन और हमारे जाने की सही सिफारिश प्रेषित एवं हमारा प्रश्न की सही और "कोशिका" को कोई सुविधा या सिफारिश इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/6/25	 Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर डॉ. चखी गुप्ता के साथ (हस्ताक्षर के साथ)	 Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Director on behalf of Hospital हस्ताक्षर डॉ. सिमा दास के द्वारा (हस्ताक्षर के द्वारा)
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक 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 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 Baby Kulsum- E/0625/0098

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Kulsum	Address/ Phone:	5267, Kucha rehman, Chandni chowk, Delhi-110006	
MR N		DEL-P-24-01-8114	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-26	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 • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)