

DEL-P-24-08-4343

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No. E10825/0153		APPLICATION DATE 08-08-2024	
NAME of APPLICANT MOHD ALI		AGE-YEARS 01 YEAR	SEX MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME NIHAL (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS MAKANPUR POST, KATIHANA, PO KATIHANA, KALBARATI, U.P. - 224401.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS			
OCCUPATION TAILOR (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME 96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income)	
PAN No.			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	NIHAL	25	MALE
2.	NIHAL AHMAD	33	MALE
3.	SHRUPSHHA	32	FEMALE
Relation with Applicant			
BROTHER			
FATHER			
MOTHER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)		Any Other Basis/Proof	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Medical Reports/Prescriptions Attached		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sahayata Hindu Kime Gane Binari Ka Urdhwar:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - RETIOLARSTOMA		
2.	TREATMENT - EVA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Is Urdhwar ko Hindu Kime Gane Binari Kisi aur source se liya gaya hai? NO			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1.	NA	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भराया जाना)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & any assistance requested 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 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, for which this assistance is requested.
- मेरे द्वारा भराया गया है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। जो कोई भी झूठा विवरण द्याया गया होगा उसे मेरे आवेदन को स्वीकार करने से मना है।
- मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग में लाया जायेगा।
- मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता और न ही भुगतान के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा भराया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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.

- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करने, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा माँगा गया सहायता के उद्देश्य के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा माँगा गया सहायता के उद्देश्य के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता के लिए प्रयोग में लाया जायेगा, उसका उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य के लिए ही प्रयोग में लाया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

(आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

Gulaprasad Bano

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भराया)

- 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 ओर से हमारा/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं करता/करती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जायेगा कि हमारा/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ophthalmology services
Director, Medical Education Department

HQ No. 00231

Dr. Shruff's Charity Eye Hospital

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

रोग व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/6/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरीक उपयोग हेतु

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.

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Ali-E/0825/0153



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Ali	Address/ Phone:	Malkapur post Kajiana, Bareilly, U.P. - 229401.	
MR N		DEL-P-24-08-4343	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/08/2025	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 • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)