

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: E/0324/0176
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 27/3/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AMAAN
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 3 YEARS
SEX लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAVED ALI (FATHER)
पिता/कटुम्न का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
THAKUR DWARA JILA MORADABAD
UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION: LABOURER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,08,000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई 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 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 सम्बंध
1	JAVED ALI	39	MALE	FATHER
2	RESHMA	34	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)

परिचय पत्र के साथ प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छुवा प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छुवा प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र को छुवा प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशि

NT

I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application 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 the Form, and will not be used for any other purpose.
 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 for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिने गले सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को अस्वीकार कर दिया जा सकता है।
 2) मैं प्रमाण के माध्यम से यह "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग किसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लिखित है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजी/व्यापकता/सुरक्षा के माध्यम से सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन, रेडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से। इसका उपयोग केवल कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

जावेद अली

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और से नाम/पता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु पुष्टि की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित आशिका/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समयाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/3/24</p>	<p>Dr. CHHA... (Name of Doctor with Stamp) Fellowship... हस्ताक्षर के साथ</p>	<p>Dr. S... (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p>[Signature]</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p>
---	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31st March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Amaan- E/0324/0176



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

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name	Amaan	Address/ Phone:	Thakur Dwara, District Moradabad, Uttar Pradesh		
MR N	OEL-G-21-04-0860	Age/Sex	3 years	Male	
S.No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-27	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)