

DEI-P-24-08-4343

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. E/0925/0189		APPLICATION DATE 5/9/25	
NAME of APPLICANT MOHD ALI		AGE/YEARS 2 YEARS	SEX MALE
FATHER/SPOUSE'S NAME Nihal (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS MALKANPUR, KATIHANA, PIN-229401, ASHAPALLI, PIN-229401.			
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	29	Male
2	Gurpash	32	Female
3	Amaan	25	Male
Relation with Applicant			
FATHER			
MOTHER			
BROTHER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	
Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No.	Diagnosis - RETINOBLASTOMA		
1	TREATMENT - CHIA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
NAME of OTHER SOURCE			
AMT			
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			



DECLARATION BY APPLICANT: WORK ON SITE TO
11/1/2000

11. I hereby certify that all data in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void.
12. I hereby certify that assistance, if received from Kishore Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
13. I hereby certify that I have not & will not in future, avail of term life insurance, in part or in full, from any other acceptable employment insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
1. मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं। मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं। मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं।
2. मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं। मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं। मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं।
3. मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं। मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं। मैं यहाँ पर यह बात कह रहा हूँ कि मैंने इसमें जो सबूत दिए हैं वे सही हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (NAME AND ADDRESS)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koslika 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 Koslika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koslika 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 Koslika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापने पर इस फॉर्म पर, मैं (आवेदक) यहाँ से सहमत हूँ कि कोसलिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण उस उद्देश्य के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि जिस उद्देश्य के लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। इस सहायता का प्रयोग कोसलिका फाउंडेशन और/या अन्य माध्यमों के माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें मुद्रित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जोसलिका फाउंडेशन को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करके मेरी सहायता के लिए धन जुटाने के लिए या मेरी सहायता के उद्देश्य को पूरा करने के लिए मेरी जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता है। इस सहायता का प्रयोग कोसलिका फाउंडेशन के द्वारा या उसके द्वारा अन्य माध्यमों के माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें मुद्रित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, जोसलिका फाउंडेशन को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करके मेरी सहायता के लिए धन जुटाने के लिए या मेरी सहायता के उद्देश्य को पूरा करने के लिए मेरी जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोसलिका फाउंडेशन को मेरी सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत करता है। कोसलिका फाउंडेशन को मेरी सहायता के लिए धन जुटाने के लिए या मेरी सहायता के उद्देश्य को पूरा करने के लिए मेरी जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
DATE OF BIRTH : 07/07/80 SEX : Female

Gulopha Byne
AGREEMENT by HOSPITAL (patient not with)

AGREEMENT by HOSPITAL: 1/10/10

- 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. In the event 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 चिकित्सक को भरोसे में रखते हुए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1.) यह कि मैं या मेरा कर्मचारी जो इस डॉक्टर के द्वारा सिफारिश किया गया है, समझती हूँ कि किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगिणी को वित्तिय सहायता नहीं मिलेगी, क्योंकि मैं इसे जानती हूँ। यदि ऐसा नहीं होता है, तो मैं समझती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी और यदि नहीं, तो मैं समझती हूँ कि मैं अपने आप ही अन्य स्रोतों से वित्तिय सहायता प्राप्त कर सकूंगी। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद प्रदान करने का फैसला किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य व्यक्ति से नहीं होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तिय सहायता प्राप्त होगी। यदि यह सहायता प्राप्त होती है, तो मैं समझती हूँ कि मैं अपने आप ही अन्य स्रोतों से वित्तिय सहायता प्राप्त कर सकूंगी। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद प्रदान करने का फैसला किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य व्यक्ति से नहीं होगा।

DE LA

Adjunct Associate Professor

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती व लिंग समानता

Dr. SIMA DJAS

◎ 社會生活

Oculoplasty and Ocular oncology services

Direct: 001-214-761-2000

DOI: 10.1002/for

The Problem

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

मास ३ का समयमा अतिरिक्त अधिकारी

Date of Surgery

संविधान की धारा 32

8925

Ophthalmology and Ocular Oncology Services
Send no money now

1994 100 100/45
1995 100 100/45

University Eye Hospital

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp

1992年 第1期 第10页

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्टिकोण ४३

SIGNATURE of TRUSTEE 1

1144

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2 _____

न्यासोऽस्त्यत्र २

Leve



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mohd Ali- E/0925/0189

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mohd Ali	Address/ Phone:	Malkapur post Kajiana, Bareilly, U.P - 229401	
MR N		DEL-P-24-08-4343	Age/Sex:	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	08/09/2025	Examination under Anesthesia (EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular Oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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) • MODI NAGAR • RANIKHET