

DEL-P-24-01-6114

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
FOUNDATION

Building More of Life

APPLICATION No.
आवेदन संख्या

E/0925/0200

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

KULSUM

AGE-YEARS

SEX

02 YEARS FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/सहोदर का नाम

KAMRAN ALI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

B207, KUCHA - MEHNAI CHOWK, DELHI - 110006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION
व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

Attach Proof of Income
(आय का सबूत जोड़ें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं? (जो लागू हो उसे या सभी का चिह्नित करें)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS (जोड़ें)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	KAMRAN ALI	37	MALE	FATHER
2.	MEHNAI	32	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई है तो इसे प्रमाणित करें (प्रमाणित करने के लिए प्रमाणित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) यदि कोई है तो इसे प्रमाणित करें (प्रमाणित करने के लिए प्रमाणित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्धता कार्ड (उपलब्ध होने के लिए प्रमाणित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रातिपद से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2.	TREATMENT - EYE

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा घोषणा):

- 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 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 such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of treatment, in part or in full, from any other source (either private insurance company or any amount for which this assistance is requested).
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सत्य और सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे आवेदन और जारी सहायता (यदि कोई भी सहायता मिले) को अस्वीकार्य करेगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत (किसी भी प्रकार के बीमा या अन्य किसी भी स्रोत) से अपने उपचार के लिए सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा स्वीकृति):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर मैं (अर्पक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके निदेशकों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं। इस "कोशिका" फाउंडेशन, निदेशकों, निदेशकों के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन और/या इसके उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करेगा। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण हो जाने से पहले या बाद में भी किया जा सकता है।
- मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकार है।
- "कोशिका" फाउंडेशन इसके निदेशकों को निर्णय लेने और सहायता देने का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति):

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this certification 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/concluded 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनिवार्य सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता इस व्यवस्था को प्रभावित नहीं करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHA, GUPTA

Senior Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Dr. SHARMA

Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

Regd. No. 80291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यह डॉ. शर्मा द्वारा हस्ताक्षर किया गया है

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए):

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(नाम और हस्ताक्षर)

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(नाम और हस्ताक्षर)

[Signature]



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Centre for New Technologies Incorporated

30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kulsum- E/0925/0200

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kulsum	Address/ Phone:	5257, Kucha - Rehman, Chandani Chowk, Delhi- 110006	
MR N		DEL-P-24-01-6114	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Dr. Sima Das
Director

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

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 : scelh@scelh.net, Website : www.scelh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR-KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET