

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/1026/0217 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 11/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: ARUSH FATIMA AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 5 YEARS SEX / लिंग: FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: FARUK AHMED (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: APARAGARH, U.P. - 216001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: \_\_\_\_\_



OCCUPATION / व्यवसाय: PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विकलिन) / UNMARRIED (अविकलिन):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 2,16,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / सर्वो 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 निशान लगाएं):

Yes / No  
 हाँ / 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.	ARANNUM	31	FEMALE	MOTHER
2.	FARUK	36	MALE	FATHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) समसो रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और 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
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - EVA

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? NO

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / सी गई सहायता राशि
	<u>N/A</u>	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा केलस गऽ.

- 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 rejection/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 यकीन करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन प्रकृत यात्रा यात्रा है तो उचित सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) जो इस में उल्लेख है कि "कोशिका फाउंडेशन", से सही जा रही है, प्रस्ताव कबला जा रही इरेरस को पूर्ण में लिये किता कलेस, जो इस प्रकार में सत्य गण है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि किता कलेस हेतु या उभरस को नई है, उभर सति या उभरस या उभरस किता अन्य स्रोत/एम्प्लोयर/इन्सुरंस कम्पनी से न ले किता है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रकार पर उभरस इन्सुरंस या उभरस को उभरस लकावर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में उभरस है, उसे "कोशिका" संसु न्यासी, धन, कलेस/या उभरस से उभरस लीसिबिलिटी और उभरसिबिलिटी के लिये किता भी उभरस कलेस से उभरसिबिलिटी करने के लिये अधिकृत है। ये उभरस उभरस विवरण भी उभरस को पहले या उभरस को उभरस के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात में उभरस हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि उभरस के उभरस से उभरस है मुझे उभरस: उभरस का उभरस नहीं कलेस। इस उभरस में "कोशिका" संसु उभरस न्यासी के लिये उभरस और कलेस करत होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनक के इन्सुरंस या उभरस का विवरण

TARANJUM

**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करत)**

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.

- इसमें उभरसिबिलिटी, इन्सुरंस को और से उभरस/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण उभरस हेतु सिफरसिबिलिटी की जाती है, जिसे उभरस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करत है।
- 1) या कि न तो उभरस और न ही भविष्य में विवरण उभरस किता और सारकारी संसुधन या किता अन्य स्रोत से उभरस हेतु/उभरस में उभरस या ले रहे है, जैसे कि उभरस "कोशिका फाउंडेशन" से सिफरसिबिलिटी उभरस को उभरस में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उभरस हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उभरस सिफरसिबिलिटी उभरस/उभरस हेतु उभरस नहीं किता यात्रा है तो उभरस किता अन्य और उभरसिबिलिटी उभरस या किता अन्य स्रोत/धन से उभरसिबिलिटी उभरस हेतु उभरसिबिलिटी उभरस है। इस पुष्टि में उभरस कलेस यात्रा है कि उभरसिबिलिटी उभरस उभरस हेतु/उभरस हेतु किता और सारकारी संसुधन या किता अन्य स्रोत/धन से उभरस/रोगी को।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले गई उभरस कलेस विवरण उभरसिबिलिटी की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा ही उभरस यात्रा किता उभरस उभरस/उभरस का उभरस रोगी उभरस इस्पताल को उभरस का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किता उभरस को उभरस उभरस है। इभरसिबिलिटी इस्पताल में रोगी को उभरस उभरस और उभरस उभरस की उभरस सिफरसिबिलिटी रोगी पर इस्पताल को उभरस और "कोशिका" को उभरस उभरस का सिफरसिबिलिटी उभरस उभरस में उभरस/रोगी को।

Dr. CHHA

Dr. SIMA DAS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Regd. No. 100743

Director  
Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 00291

Date of Surgery  
उभरसिबिलिटी की तारीख  
13/10/25

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
इन्सुरंस का नाम व इन्सुरंस व रीज. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
उभरस व उभरस इस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी इन्सुरंस 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी इन्सुरंस 2



31<sup>st</sup> October 2025

Dear Mr Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Arush fatima- E/1025/0217

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Arush fatima	Address/ Phone:	Azamgarh, U.P. - 278001	
MR N		DEL-G-22-09-2860	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-13	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

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) ● MODI NAGAR ● RANIKHET