

DEL-6-22-12-6855

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सहाय्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : E/0325/0374 APPLICATION DATE : 13-03-25

NAME of APPLICANT : GULAM MUKAJA KIR AGE-YEARS : 02 YEARS SEX : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOHD MUZAMMIL (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : WARD NO-10, BANK BEGUSARAJ, 1ST FLOOR, 851811

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : AUTO DRIVER (FATHER) MARRIED (विवरित) / UNMARRIED (अविवरित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1,44,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : [Blank] Yes / No : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उसे या सही का चिह्न लगाएं)

FAMILY DETAILS (पारिवारिक 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 सम्बन्ध
1	MOHD MUZAMMIL	30	MALE	FATHER
2	RESHAMI KHATUN	27	FEMALE	MOTHER
3	FUKKAN	03	MALE	BROTHER
4	MOHD. RASHID	54	MALE	GRANDFATHER
5	ANISA KHATUN	57	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) यदीकी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

TREATMENT - E-1A

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का खर्च या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/produce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.एस.ए. द्वारा, या किसी दूसरी उद्देश्य से मुझे परिचितिपूर्वक और अपसंभवित रूप से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इसमें बताया गया है वह मेरे अपने हस्त लिखित "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.एस.ए. ट्रस्टी और सहायकों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मो- श्री जर्मित

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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की बीमारी या किसी अन्य रोगी के मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उस रोगी/मार्ग हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता के लिए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की सभी विनियमों रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

15/3/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ हस्ताक्षर

Dr. Chandra Gupta
Accredited Consultant
Advanced Oncology Services
098745
Koshika Foundation Hospital

Dr. SIMA DAS

Director

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

हॉस्पिटल के नाम, पद, डिजाइन और अधिकृत अधिकारी के नाम के साथ हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्रथम ट्रस्टी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

द्वितीय ट्रस्टी



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...



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

31st March 2025

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Gulaam Mukajakkir-E/0325/0374

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Gulaam Mukajakkir	Address/ Phone:	Ward-10, Bank begusarai, Bihar-851211	
MR N		DEL-G-22-12-6855	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-15	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

for Dr. Sima Das

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

CHANDIGARH • MUMBAI • JALANDHAR • KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)