

DEL-P-23-10-1190

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Mark of the

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0225/0383

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 07.03.25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: 98 RA BANO

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 04 YEARS

SEX / लिंग: FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: ZUNED (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता

RANPUR AYODHYA UTTAR PRADESH-224164

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता



OCCUPATION / व्यवसाय: AUTO DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 60,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो प्राय्य हो उस या सभी 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 से संबंध
1.	ZUNED	30	MALE	FATHER
2.	TABASSUM BANO	28	FEMALE	FATHER
3.	ANAYA	02 YEARS	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड का 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 प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINO BLASTOMA
2.	TREATMENT - EUA

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 जो यह सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: जगदीश झा पीसा पत्र

- 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 null and void 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 यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कबल असत्य पाया जाता है तो ये सही जानकारी के बिना ही मेरी प्रार्थना को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से इस मदद के लिए किसी भी प्रकार का रिफंड/रिबर्स/रिग्रैसमेंट नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा सहमति)

- 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-upreproduce 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 स्वरूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) सहमत हो जाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके माननीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस स्वरूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एकाग्र नामी, छाप, प्रकाशक/व्यक्ति द्वारा उद्देश्य से प्रचारित/विपणित और वितरित/विपणित के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे स्वरूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व माननीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम से प्रेषित है उसके द्वारा प्रसारित या वितरित नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एकाग्र नामी अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अलेक्जेंडर के सभलता वा अलेग्जेंडर का निवास

५-१५

AGREEMENT by HOSPITAL (CAPTION 2ND LETTER)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती को लिए संस्थान

0-100

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

$$10 \mid 3 \mid 25$$

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

WILEY-BLANKET, INC.

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

सुम. ३. ३६. इत्येतासु अपि कृत्य अपि कृत्य

FOR INTERNAL USE of WDSHKA FOUNDATION

अनुसूचित जातों के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यापारी इत्यादि।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यादीही हजेरातक ३

2020



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 Baby. Iqra Bano-E/0325/0383

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Baby. Iqra Bano	Address/ Phone:	Ranapur, Faizabad, Uttar Pradesh-224164	
MR N:		DEL-P-23-10-1190	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-10	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

[Signature]
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

ALWAR • BAKARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)