

mom-E-25-02-2626

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :-

आवेदन संख्या :-

E/0226/0387

APPLICATION DATE :-

आवेदन तिथि

2/2/26

NAME of APPLICANT :-

आवेदक का नाम

NAYRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

4 YEAR

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :-

पिता/कटुम्भ का नाम

SAMSUL HASAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MOTILWA GAYSATUR, PILIPIL, BISAHPUR,
U.P - 262201.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION :-

व्यवसाय

CLOTH VENDOR (FATHER)

MARRIED (विवाहित) /

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :-

कुल वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : आई 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 लगायें)

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 के साथ सम्बंध
1.	SAMSUL	36	MALE	FATHER
2.	RABIYA	26	FEMALE	MOTHER
3.	ANAYA	05	FEMALE	SISTER
4.	SHAHAN	09	MALE	BROTHER
5.	FEWAN	06	MALE	GRANDMOTHER
6.	MUSNATI	60	FEMALE	AUNT
7.	MARZANA	31	FEMALE	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

RPL Card

(Attach Card Copy)

महिबी रेखा 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)

व्यपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1. DIABETIS - RETINOPATHY
2. TREATMENT - G.A

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की गई

- 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 गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायक निराह को का रद्द करने में।
- 2) मैं श्रद्धा के साथ प्रार्थना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का कोई भी सहायक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मेरे लिए प्राप्त है और यही धनिक में ली।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबज)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रथम नामों, रूप, पाषाण/कागजों उद्देश्य से चुकी परिस्थितियों और उपलब्धियों को सिद्ध किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या त्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यमों के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

शमशुलः सन

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- I/We, signing 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; all 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.

हमारा अधिकतम हमलावरों का और से मामलों/पक्षों को "कोशिका प्रतिलिखित" से वितरित सहायता हेतु विकसित किया जा रहा है, जिसे हम (हमसह) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही भविष्य में निर्माण सहायक किसी भी सरकार सम्पत्ति या किसी अन्य स्थापना से उक्त रोगोपचार में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिक्रिया उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक निर्माण आशिक/सम्पत्ति हेतु मन्थन नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य निर-सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य मन्थन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त रोगोपचार हेतु किसी निर-सरकारी सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ले गई सहायक केवल निर्माण प्रकृति को है। रोगो पर इस्तेमाल द्वारा दी गई सहायक या निर्माण उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव नहीं एक इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। शरीरों इस्तेमाल में रोगो के इलाज सुझा और जाने जाने को जारी विधेयों/तरीकों एक इस्तेमाल को जारी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

11. प्रश्नोक्तों के लिए संस्तुति

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मॉडल नं.

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplastic and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 60291
Dr. Sima Das, Sr. Eye Hospital

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

नाम व पद हस्त्याल अभिज्ञत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग इत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याय्ये इमन्नाथा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वांगी हस्तक्षेत्र ?

John F. Kennedy

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Nayra- E/0226/0387

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Nayra	Address/ Phone:	Mohila gaysapur, Piliphal, Bisalpur, U.P.-262201	
MR N		MOM-E-25-02-2626	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-02-03	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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