

DEI-6-19-09-2007

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life



APPLICATION No. : 610325/0393

APPLICATION DATE : 03-03-2025

NAME of APPLICANT : SIDRA

AGE-YEARS : 06 YEARS SEX : FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ZAMEER AHMED

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : VILL- SULTANPUR, AZAMGARH

UTTAR PRADESH

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : DRIVER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आप की सहाय्य प्रमाण)

PAN No. : Same as above

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

Yes / No
हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर टिकी का निराकरण करें)

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 सम्बन्ध
1	ZAMEER AHMED	32	MALE	FATHER
2	FEHLEHATIMA	32	FEMALE	MOTHER
3	SHARFA	8	FEMALE	SISTER
4	SARA	19	FEMALE	SISTER
5	ABUZAR		MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहाय्य के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक की प्रमाण प्रत (प्रमाण प्रत की साथ प्रत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण प्रत (प्रमाण प्रत की साथ प्रत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दुधपान कार्ड (प्रमाण प्रत की साथ प्रत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहाय्य हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहाय्य किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
जो यह सहाय्य प्राप्त

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम
	NA

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक डूग डूग डूग)

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.

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 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 कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एव वसूल अथवा प्राप्त होता है जो मेरी मांगता विवरण को सत्यता के लिए सही है।

2) मैं इस पर गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से सही एवं सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उक्त है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक डूग डूग)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/record/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.

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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शक) अपने सहमत को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दूर, प्रकाशक द्वारा उद्देश्य से मुझे संचारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे नाम के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मांगता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डूग डूग)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारी ओर से सिफारिश करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" को विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) फिर उक्त के साथ या बिना सहमत करते हैं।

1) यह कि न तो भविष्य में न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से उक्त रोगी/रोगी से होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हम सहायता किसी अन्य सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना सहायता/सिफारिश का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा सहायता से रोगी के सहायता सुरक्षा और सहायता करने को सही सिफारिश रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश उक्त सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

05/03/2024

(Name of Dr. & Regn. No. of Consultant, Hospital) Dr. CHHAVI GUPTA
हमारे नाम व हस्ताक्षर से सिफारिश करने वाले
05/03/2024
Dr. Shashi's Cancer Centre

Dr. SUMA DAS
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
हमारे नाम व हस्ताक्षर से सिफारिश करने वाले
Dr. Shashi's Cancer Centre

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पहली हस्ताक्षर

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरी हस्ताक्षर

Signature



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ms. Sidra-E/0325/0393



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Ms. Sidra	Address: Phone:	Village Suitanpur, Azamgarh, Uttar Pradesh- 276123	
MR N		DEL-G-19-09-2707	Age/Sex	6 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-05	EUA	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: scoh@scoh.net, Website: www.scoh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)