



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1914...



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

4<sup>th</sup> December 2019

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Baby Sabrin Khatoon :-

| Estimated Cost<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><i>Retinoblastoma Surgeries</i><br>Supported by Koshika Foundation |                |                              |               |  |             |
|---|----------------|------------------------------|---------------|--|-------------|
| Name  |                | Baby Sabrin Khatoon          | Address       | Gurudwar, Talcher, Balanda, Anugul, Orissa, 759116 |             |
| MR NO.  |                | DEL.G.19.07.3416             | Age, Sex      | 1 Year, Female                                     |             |
| Koshika Application No.   |                | D.1119.0065                  |               |  |             |
| S. No.  | Treatment date | Items                        | Cost per unit | No. of units                                       | Aprax. Cost |
| 1   | 2019.11.25     | Blood Investigations         | 132           | 1  | 132         |
| 2   | 2019.11.25     | Examination Under Anesthesia | 1000          | 1  | 1000        |
| <b>Total</b>  |                |                              |               |  | <b>1132</b> |

Best Regards

Dr. Sima Das

Consultant 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

DEL. G. 19.07.3416

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D.1119.0065 APPLICATION DATE : 2019.11.25  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Baby Sabrin Khanon AGE-YEARS आयु-वर्ष 1 year SEX लिंग Female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुका का नाम Mohd. Nausad Ansari



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता  
Gusudwab, Talcher, Balanda,  
Angul, Orissa, 759116

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अस्थायी पता  
Same as above.

OCCUPATION : व्यवसाय Child, father: labo MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 78000 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N.A

PAN No. स्थाई खाता संख्या N.A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दायी है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हाँ / नहीं No

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1.                     | Mohd Nausad Ansari                                | 33                       | Male           | Father  |
| 2.                     | Sahana Khanon                                     | 29                       | Female         | Mother  |
| 3.                     | Ashar Ansari                                      | 13                       | Male           | Brother   |
| 4.                     | Sabina Khanon                                     | 10                       | Female         | Sister  |
| 5.                     | Khira Khanon                                      | 6                        | Female         | Sister  |

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें) | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|--|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | <u>Diagnosis</u>   |
| 2.                     | <u>Type of Treatment</u> : <u>Examination Under Anesthesia</u>                               |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| 1.                     | <u>Self.</u>                              |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 & 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस राशि का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूंगा।

**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/put-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करें, जो "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोर्थ अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोर्थ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Mother*

Mother . Sahana Khatoon

**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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के अन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तिय या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

2019-11-25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*Safar*

*[Signature]*