


DEL-4-24-05-3221

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0425/0014		APPLICATION DATE: 5/4/25 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: TEJASVI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 04 YEARS	SEX लिंग: FEMALE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAYARAM (FATHER) पिता/हस्ताक्षर का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता VILLAGE HINGWA, BARWANI, MADHYA PRADESH - 451551.			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता			
OCCUPATION: LABOURER (FATHER) व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 1,20,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का संकेत संलग्न)			
PAN No. स्वयं या पति/पत्नी का संकेत					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें): Yes / No हाँ / 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 संबंध	
1	SAYARAM	28	MALE	FATHER	
2	SARITA	26	FEMALE	MOTHER	
3	PRATYGA	07	FEMALE	SISTER	
4	KRISHNA	05	FEMALE	SISTER	
5	URANSHI	03 MONTHS	FEMALE	SISTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई संकेत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS = RETINOBLASTOMA				
2	TREATMENT = ENU				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCE: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है? NO -					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
	NA				

DECLARATION by APPLICANT: ☐ Yes ☐ No

- 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 यहाँ पर क़ात्त हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरे ज़रूरतों को अनुसरण कर रहे हैं। यदि कोई विवरण ग़लत क़रने वाला पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर क़ात्त हूँ कि मैं "क़ोशिका फ़ाउन्डेशन" से ली जा रही है, उम्मीद है कि मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो मैं इस फ़ॉर्म में ध्यान में रखा था।
- 3) मैं यहाँ पर क़ात्त हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो पैसा ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

- 11) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 12) 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.
- 13) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोक्तों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और की विषय इस प्रश्न में प्रोचित है: उम्मे "कोशिका" एवम् न्यायोक्त, राज, कारण/का दूसरे उद्देश्य से खुदों गतिविधियों और प्रकाशिकताओं के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। परे प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोक्त अधिकृत है।
- 14) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कार्य और विषय जो कि प्रकाशित के उद्देश्यों से प्रोचित है मुझे स्वतः प्रकाशित का अधिकार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोक्तों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

आज के इसावा या बगुन का मिश्रण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हमारी ओर से मामले/रुग्ने को "कोशिका" फाउंडेशन को

Dr. SIMA DAS

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वोच्च न्यायालय के लिए संस्तुति

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Box No. 100745

Read No. 100745

Dr. Strouff's Charity Eye Hospital

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

डाक्टर का तान व अत्यास व रीति =

Developtasty and Ocudar antology services  
Director, Medical Education Department  
Room No. 00291

Regd. No. 00291

Self-Care County Day

ame, Designation & Status

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

नाम व पद हमसात अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपकरणे ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

here





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

Caring for the community since 1914.

10 April 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Tejasvi Senani- **E/0425/0014**

<b>Estimate cost of treatment</b> <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> <u><b>Retinoblastoma Surgeries</b></u>					
Name		Baby. Tejasvi Senani	Address/ Phone:	Village Hingwa, Barwani, Madhya Pradesh-451551	
MR N		DEL-G-24-05-3221	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/04/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

#### OTHER CENTRES

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