

DEL-4-24-01-4579

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : E1042510016 APPLICATION DATE : 21/4/25  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ABHI KUMAR AGE-YEARS : 02 YEARS SEX : MALE  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AJAY KR (FATHER)  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : FIRST, GAHARWAR, MIRZAPUR, U.P. - 231001  
वर्तमान अवासस्थ पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी अवासस्थ पता



OCCUPATION : DRIVER (FATHER) MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 2,40,000 (FATHER) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. :  
पैन नं.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 सम्बन्ध
1	AJAY	34	MALE	FATHER
2	MAMTA	29	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निर्धारित 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) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न गले बिंदुओं का उद्देश्य:

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

## 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 लेई गई सहायता राशि
	N/A	

# DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता मिलेगी, जो सही व सत्य है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक आवेदन को नहीं है, इस बात का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति को गृहित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, जैसे "कोशिका" धर्म, न्याय, दान, वाचनालय, दूरदर्शन से मुझे चिकित्सा/उपचार और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे अलग-अलग सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" धर्म, उपाय, न्याय और वाचनालय का उपयोग किया जा सकता है।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



## AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर)

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 one 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व सकारात्मक होते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए माँगा जायेगा या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से माँगा जा रहा है, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता माँगा है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार चुनना और लेने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

Dr. CHHAVI SUPTA  
Adjunct Consultant

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृत के लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Ophthalmology and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department

Regd. No. 002291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

25/11/25

Oculoplasty / Ocular Oncology Services  
Regd. No. 100745

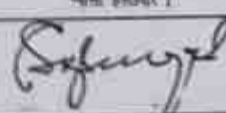
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

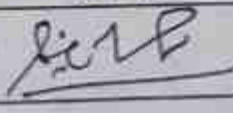
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2





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

Caring for the community since 1914.

30 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 Mast. Abhi Kumar- E/0425/0016

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Abhi Kumar	Address/ Phone:	Birsi, Gaharwar, Mirzapur, Uttar Pradesh-231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1.	23/04/2025	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)