

DEL-4-22-02-3520

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No. आवेदन संख्या: E1042510023		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 15/4/25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: KARTIK NISHAD		AGE-YEARS वयु-वर्ष: 06 YEARS	SEX लिंग: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: UJJWAL VERMA (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता CHAUBEYPUR, VARANASI - 221004				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER (FATHER)		MARRIED (दिवर्हित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 1,32,500 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. (यहाँ चूना संख्या)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे।) 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 सम्बन्ध
1.	UJJWAL VERMA	24	MALE	FATHER
2.	SUDHA DEVI	26	FEMALE	MOTHER
3.	RAVIKANT	28	MALE	UNCLE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये कितनी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
2.	TREATMENT - EVA			
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 कौन सा सहायता राशि		
	NA			



DECLARATION by APPLICANT: अभिहित करूँ कि निम्नलिखित जानकारी सच है।

- 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में अनुसृत सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाण प्रकट है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर गम्भीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि माँगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस साहाय्य हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ कि, उस राशि का कोशिका या समस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिये जाये और न ही भविष्य में लिये जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- AGREEMENT by APPLICANT (अवेक 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/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 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 अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अवेक कर) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, छापे, प्रकाशित करने के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण कोशिका के माध्यम से प्रसारित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक कर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका के ट्रस्टी को प्रदान करने का निर्णय कोशिका के ट्रस्टी के पास होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी निर्णयों का विचार अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अवैयक वा अवयववा वा अंगुष्ठे वा विरुद्ध

Visual

AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR TYPE)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)
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.
हमारी अधिकृत, इसकाफी की ओर से हस्ताक्षरों को प्रमाणित करता है कि:

[illegible]

Dr. CHHAVI GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Adjunct Consultant, स्वीकृती के लिए संसति

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty - 10 Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Director
Dentistry and Dental Oncology services
Director, Medical Education Department
Rm. 300, D233

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

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

इन्द्रा का नाम व इन्द्राणा प एव न

चन व न इत्यन्तत् अङ्गिकत् अङ्गिकारौ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जन्मतिथि उपयोग संज्ञा

SIGNATURE of TRUSTEE :
 नामी इम्तियाज ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नमो इन्द्रावर १

Exempel

Signature



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

30th 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. Kartik Nishad- E/0425/0023

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Kartik Nishad	Address/ Phone:	Chaubeypur, Varanasi- 221104	
MR N		DEL-G-22-02-3520	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	19/04/2025	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)