

DEL-9-23-04- 5147

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0425/0030

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/4/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MAST SAGAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

3 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

LT. DHARMENDRA (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

JUNGLE TAGDISHPUR, PADRAUNA, DISTRICT -  
KUSHINAGAR, UTTAR PRADESH - 244304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PENSIONER (FATHER)

MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

72,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हां / 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	LT. DHARMENDRA	40	MALE	FATHER
2	VANDANA	12	FEMALE	SISTER
3	ANJANA	07	FEMALE	SISTER
4	ROSHNI	06	FEMALE	SISTER
5	JAYKARAN	59	MALE	GRANDFATHER
6	RATNIMARI	37	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सरासरी रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) समान आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु जिसके लिये विनोद का उद्देश्य:

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

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:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को वापस ले ली जाएगी।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

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

- 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/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.
- 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, दस्तावेजी, मुद्रित, प्रकाशक या अन्य उद्देश्य से किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों के द्वारा मेरी सहायता के लिये किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं, कोशिका फाउंडेशन या उसके ट्रस्टियों द्वारा "कोशिका" द्वारा उनके उद्देश्यों के लिए प्रसारित और प्रकाशित होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

LT of Mother

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 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 financial 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.
  - 3) हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की, जो कि हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु रजिस्ट्रीशन की जा रही है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
    - 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफर/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तित नहीं/अपूर्ण है तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे द्वारा रजिस्ट्रीशन किया गया रोगी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे हैं।
    - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे हैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ले रहे हैं उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के उपचार/उपचार और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिक या निष्कर्षी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संशुद्धि

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>9/4/25</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Ophthalmology and Ocular Oncology Services (Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ मुद्रा</p> <p>Dr. Shanti's Charity Eye Hospital</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) डाक्टर का नाम, पद और अधिकृत अधिकारी के मुद्रा</p> <p>Dr. Shanti's Charity Eye Hospital</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
--	--



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

Caring for the community since 1922...

5th 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. Sagar Gupta- E/0425/0030

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Sagar Gupta	Address/ Phone:	Jungle jagdishpur, Padrauna, District- Kushinagar, Uttar Pradesh-274304	
MR N		DEL-G-23-04-5147	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	09/04/2025	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)