

DEI-4-23-03 8296

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(Healthcare)

(SARVATYA YOG)

Koshika  
FOUNDATION

Building India of the

APPLICATION No.  
SARVATYA YOG

E/0525/0042

APPLICATION DATE  
SARVATYA YOG

12/5/25

NAME of APPLICANT  
SARVATYA YOG

JIKRA

AGE-YEARS MO-YE

SEX-YE

04 YEARS FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME  
SARVATYA YOG

VARIL (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS SARVATYA YOG

MADHUR PPT-KRATVA, KODAKK  
SITABE, P.S. MILLS, J.E. - 401211

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS SARVATYA YOG

OCCUPATION  
SARVATYA YOG

MECHANIC (FATHER)

MARRIED (SARVATYA) / UNMARRIED (SARVATYA)

TOTAL ANNUAL INCOME  
SARVATYA YOG

60,000 (FATHER)

Attach Proof of income  
(SARVATYA YOG)

PAN No. SARVATYA YOG

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whichever is applicable)  
SARVATYA YOGYes / No  
SARVATYA YOG

## FAMILY DETAILS SARVATYA YOG

Sl. No. SARVATYA YOG	Name of Family Member SARVATYA YOG	Age (Years) YE (YE)	Gender SEX	Relation with Applicant SARVATYA YOG
1	VARIL	28	MALE	FATHER
2	TARANNUM	25	FEMALE	MOTHER
3	SURAJ	03	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tax whichever is applicable)  
SARVATYA YOG

BPL Card (Attach Card Copy) SARVATYA YOG	SWs Certificate (Attach Certificate Copy) SARVATYA YOG	Ration Card (Attach Card Copy) SARVATYA YOG	Aadhar SARVATYA YOG
--	--	---	------------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE  
SARVATYA YOG

Sl. No. SARVATYA YOG	Medical Reports/Prescriptions Attached SARVATYA YOG
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - ECT

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES  
SARVATYA YOG

NO

Sl. No. SARVATYA YOG	NAME of OTHER SOURCE SARVATYA YOG	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED SARVATYA YOG

**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 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनकर अलग पता जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का सकारात्मक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से सही बात बता रहा हूँ, क्योंकि उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह अवसर को नहीं है, उस प्रति का अधिकतम या कम से कम किसी अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही किया है और न ही भविष्य में किया जायेगा।

**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/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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से दूसरी घोषणाओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष को विवरण में इलाज को चलाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न चाहती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस मामले में "कोशिका" एम्प्लॉयर उपायों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/मरीज के मामले या किसी अन्य रोगी/मरीज के मामले से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से नहीं है, और कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु अंगूठे नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/मरीज के मामले या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष तक रोगी/मरीज हेतु किसी भी रोगी/मरीज के मामले या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति


Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

15/5/24



Dr. CHIRAVI GUPTA

(Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp)

Dr. SIMA DAS

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory)

Director, Medical Council of Hospital

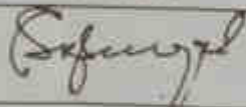
Name of Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

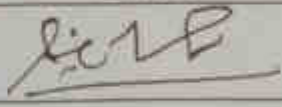
SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2



31<sup>st</sup> May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Baby Jikra- E/0525/0042

<b>Estimate cost of treatment</b> <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> <u><b>Retinoblastoma Surgeries</b></u>					
<b>Name</b>		Baby, Baby Jikra	<b>Address/ Phone:</b>	Ganeshpur, Post-Karaya, Udnapur, Sitapur, H.S. Mills, Uttar Pradesh-261121	
<b>MR N</b>		DEL-G-23-03-8296	<b>Age/Sex</b>	4 years	Female
<b>S. No.</b>	<b>Treatment date</b>	<b>Items</b>	<b>Cost per Unit</b>	<b>No. of unit</b>	<b>Aprox. Cost</b>
1	15/05/2025	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		<b>Total</b>			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)