

DE-4-23-04-1259

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No

आवेदन संख्या

E/0525/0061

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

22/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

MAST ISHAN

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

5 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

SUDHAKAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

H.NO- 740, SECTOR A-8, PUNARWAH COLONY-
NARELA - DELHI - 110040

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION

व्यवसाय

PLUMBER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.

आपका पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस या सही का चिह्न लगाएं)

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	SUDHAKAR	21	MALE	FATHER
2	SHABANA	27	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु को चिह्न प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINO BLASTOMA TREATMENT - ENX

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी.आई. मकाफा राशि
	NA	



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार के बिना कोई भी दूसरी विधिगत सेवा प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं करूँ। यदि कोई भी बिना इस प्रकार की सेवा प्राप्त करने के बिना किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से, वापस मिलाने का प्रयत्न करूँ तो मेरी आवेदनपत्र और मेरी सहायता का निरस्त होना निश्चित है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से, वापस मिलाने का प्रयत्न नहीं करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के माध्यम से (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरी तस्वीर इस प्रकार से, जिसमें कि, इस "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम, पता और मेरी तस्वीर को इस प्रकार से प्रसारित करने का अधिकार "कोशिका फाउंडेशन" के भरोसे अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण जो कि सहायता के लिए प्रेषित हो रहे हैं, उनके द्वारा सहायता का प्रसारण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोसे अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

राजीव गुप्ता

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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 duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसका अर्थ है (हॉस्पिटल) कि हम इससे पहले या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं कर रहे हैं।
- 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 duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से, वापस मिलाने का प्रयत्न नहीं करूँ।
- "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करने के लिए प्रेषित की जाती है, उसे मैं हॉस्पिटल द्वारा ही ही सहायता के लिए प्रेषित करने का प्रयत्न करूँगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं करूँगा, तो मैं हॉस्पिटल द्वारा ही सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न करूँगा।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करने के लिए प्रेषित की जाती है, उसे मैं हॉस्पिटल द्वारा ही ही सहायता के लिए प्रेषित करने का प्रयत्न करूँगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न नहीं करूँगा, तो मैं हॉस्पिटल द्वारा ही सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न करूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश करने वाला अधिकृत

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. CHHAVI GUPTA Senior Consultant (Name of Dr. & Design No. only Stamps)	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Compliance Officer of Hospital Director, Koshika Foundation Phone No. 66235
24/5/24	Dr. CHHAVI GUPTA FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	Dr. Shashi Chavli Eye Hospital

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक संस्था 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक संस्था 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mast Ishan- E/0525/0061

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mast Ishan	Address/ Phone:	H no. 74B, Sector A-8, Punarvasi colony, Narela, Delhi-110040	
MR N		DEL-G-23-04-1259	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	24/05/2025	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)