

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0625/0079

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

2/6/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

VIRAT DEWARI

AGE-YEARS आयु-सं

SEX लिंग

04 YEARS

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

UMESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHRANIK RASTI, COLONEL WARD, SHREEHMAHAL,
HALDWANI, UTTARAKHAND - 263126

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाल रखें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 से संबंध
1.	UMESH	37	MALE	FATHER
2.	ANITA	31	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

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

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: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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, or any other source for which this assistance is requested.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कोई भी भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लूँगा। और मैं भी भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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-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.
 - (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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छापना, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं। मैंने "कोशिका" फंडिंग, पता, फोटो/चित्र एवं उद्देश्य में मेरी जानकारी/विवरण और जानकारी/विवरण के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग करने से सहमत नहीं किया है। मैंने इस बात का विचार भी किया है कि मैंने या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" फंडिंग, पता, फोटो/चित्र और विवरण को कि फाउंडेशन को इस्तेमाल करेगी/करेंगे मैं घोषित कर रहा हूँ। फाउंडेशन का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" फंडिंग, पता, फोटो/चित्र और विवरण को कि फाउंडेशन को इस्तेमाल करेगी/करेंगे मैं घोषित कर रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

Anita

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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.
 - 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से धारदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) वह कि मैंने भविष्य में या भविष्य में किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लूँगा। मैंने इस बात का विचार भी किया है कि मैंने या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" फंडिंग, पता, फोटो/चित्र एवं विवरण को कि फाउंडेशन को इस्तेमाल करेगी/करेंगे मैं घोषित कर रहा हूँ।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी प्रकार की सहायता का चुनाव मेरी या हस्पताल को लेना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भुगतान नहीं है। इसीलिए हस्पताल में मेरी या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को किसी भी प्रकार की सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" फंडिंग, पता, फोटो/चित्र और विवरण को कि फाउंडेशन को इस्तेमाल करेगी/करेंगे मैं घोषित कर रहा हूँ।

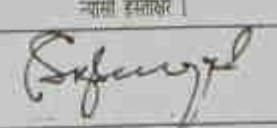
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/6/25	 Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regd. No. With Stamp) हमारे डॉ. का नाम व पंजीकरण नं. एवं मुहर	 Dr. SIMADAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) ऑकुलिस्ट और अंगूठा छापना Directing the Education Department मुहर, पता, फोटो
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	--



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Virat Dewari- E/0625/0079

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Virat Dewari	Address/ Phone:	Shramik basti, colonel ward, Sheesh mahal, Haldwani, Uttarakhand-263126	
MR N		DEL-P-21-05-0506	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-05	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)