

 Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		E/0625/0083		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		26/25
NAME of APPLICANT : आवेदन करने वाले का नाम		AASHVI		AGE-YEARS आयु-वर्ष		03 YEARS
				SEX लिंग		FEMALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम						
MUDESH SINGH (FATHER)						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता						
H.NO - 022, PAWAT KUTER, PREMNAGAR, BILANSMAHAR, U.P. - 231003.						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता						
OCCUPATION : व्यवसाय				PRIVATE JOB (FATHER)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				1,20,000 (FATHER)		
PAN No. : आई एन आर नम्बर				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को भीतर से उचित काटें)				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.	MUDESH	32	MALE	FATHER		
2.	SHYAMLI	40	FEMALE	MOTHER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से विनोद का उद्देश्य:						
Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न						
Sr. No. क्रम संख्या						
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA					
2.	TREATMENT - CHIA					
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 उसी हेतु सहायता राशि		
	NA					

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध नया जाता है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि प्राप्त होगी, उसका उपयोग उम्मीदवार की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में था तथा है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि का वापस करने का अधिकार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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.

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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अधिकारों को प्रमाणित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा इच्छित से किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी सहायता के लिये या करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन, उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप।


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:

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मानवसंगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस समय (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से सहायता व स्वीकार्य करती है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या उसे नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अव्यक्त हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के रूप में प्रदान की जाती है, उसी राशि को हस्पताल द्वारा ही प्राप्त किया जा सकता है किन्तु यह सहायता/प्रक्रिया का प्रमुख रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को उचित सहायता और अपने जर्न को सही दिशादर्श देता एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुविता या विचारधारा इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/6/25

Dr. CHHAVI GUPTA

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

Dr. FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Dr. SIMA DAS
Director

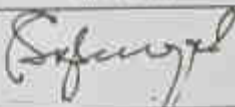
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Dr. FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

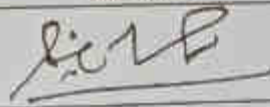
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी 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 2026

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Aashvi- E/0625/0083

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Aashvi	Address/ Phone:	H no. 422, Rawat ruteer, Prem nagar, Bulandshahar, Uttar Pradesh- 281003	
MR N		DEL-P-24-06-2752	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-05-05, 2025-06-26	Examination under Anesthesia	2000	2	4000
		Total			4000

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)