

SRE-P-24-04-0367

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0625/0084

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/6/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KOYAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

5 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

JAGDISH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE-TATAVAAPUR, BADAHA, POST-JHAJHARA,
JATAUL, SAHARANPUR, NAGAL, U.P.-247551.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,44,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उसे 'X' या सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध
1.	JAGDISH	34	MALE	FATHER
2.	SARASWATI	30	FEMALE	MOTHER
3.	SEEMA	08	FEMALE	SISTER
4.	PAVLA	02	FEMALE	SISTER
5.	PIYA	01	FEMALE	SISTER
6.	SHIVA	15	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनयी का उद्देश्य:

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

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 ले गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा साधना पर)

- 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 recovery/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.
- मेरे साधना करता हूँ कि इस प्रत्येक संविदे एवं सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साधना निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो साधना प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में प्राप्त है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस साधना हेतु पर प्रार्थना को नहीं है। इस प्रति का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्राप्ति/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfilment 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साधना को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित हैं, तब "कोशिका" द्वारा नाम, पता, सम्बन्धन इत्यादि उद्देश्य से बड़ी मातृसंस्थानों और अभियानों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रत्येक को विवरण मेरे इलाक के पता पर जाकर से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साधना के उद्देश्य से प्रसारित है, उसे तब, साधना का इलाका जो साधना इस कार्य में "कोशिका" द्वारा उसी उद्देश्य के लिये अलग और अधिकृत होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

LT
(Father)

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:
- 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, हस्ताक्षरों को यहां से साधना/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय साधना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से प्राप्त न अधिकृत करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय साधना किसी और साधना संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त/वित्त/वित्त उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साधना वित्तीय अधिकृत/सकल हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साधना संस्था या किसी अन्य साधना से साधना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रत्येक में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी और साधना संस्था या किसी अन्य साधना से नहीं प्राप्त/लेती।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई साधना वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर इलाका द्वारा से कोई साधना या किसी और उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाका के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाका सूचना और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इलाका को होगी और "कोशिका" को कोई वित्त/वित्त का जिम्मेदारी इस बात में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	27/6/25	Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Oculoplastic & Refractive Surgery Services Dr. Shanti & Chhavi Eye Hospital	Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Oculoplastic & Refractive Services Dr. Shanti & Chhavi Eye Hospital Regn. No. 60601
------------------------------------	---------	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

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 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Koyal- E/0625/0084

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Koyal	Address/ Phone:	Village taliyyabpur badha, Post- jhabriera jataul, saharanpur, nagal, U.P - 247551	
MR N		SRE-P-24-04- 0367	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-27	Genetic Test	25000	1	25000
		Total			25000

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)