

Koshika
Foundation
Building block of life

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथी

1	7	25
---	---	----

ARPIT RATAK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

AGE-YEARS 05 YEARS

male

ROHIT RAJAK (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बर्तमान आवासीय पता

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासिय पता
SHIUPURI KUNDRESHWAR TAMAR LITANWARH
MADHYA PRADESH - 472005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का स्वरूप संलग्न)

PAN No. स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 भहायता को लिये वितरित आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विमतों का उद्देश्य:

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	N/A	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Caring for the community since 1922...

31 July 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Arpit rajak-E/0725/0124

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Arpit rajak	Address/ Phone:	Shivpuri kundeshwar, Jamdar, tikamgarh, Madhya pradesh- 472005	
MR N		DEL-G-24-06- 8634	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
†	01/07/2025	MRI	8500	1	8500
		Total			8500

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)

DEL-4-24-06-6634

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0725/0124

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

1/7/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ARPIT RAJAK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

05 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

ROHIT RAJAK (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHIVPURI KUNDRESHWAR JAMDAR TIKAMGARH,
MADHYA PRADESH - 472005.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER (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. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)

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.	ROHIT RAJAK	25	MALE	FATHER
2.	KASHMIRI	23	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	N/A	

DECLARATION BY APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह

- I hereby declare that the information given above is true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void. The assistance received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is requested. I will not seek or attempt to obtain, or avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount of the assistance received from Koshika Foundation.
1. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस दस्तावेज़ में दी गई सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
3. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह पर्याप्त नहीं हूँ, उस राशि का जोशिक या सकल निरस्त किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use publicly without 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएचएस, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएचएस इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Rohit

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से मामले रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश विनवित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनवित औशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/7/25

Dr. CHANDRA P. SINGH
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
Ophthalmologist and Senior Consultant
Regd. No. 123456789
Koshika Eye Hospital

Dr. SIMA DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Director, Medical Education
Koshika Foundation
Regd. No. 123456789

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु Koshika Foundation's Charity

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

July 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Arpit rajak-E/0725/0124

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Arpit rajak	Address/ Phone:	Shivpuri kundeshwar, Jamdar, tikamgarh, Madhya pradesh- 472005	
MR N		DEL-G-24-06- 6634	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	01/07/2025	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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 : sceph@sceph.net, Website : www.sceph.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)