

DEL-4-20-01-5327

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0825/0146

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

65-08-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ISHIKA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

06 YEARS

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

AMIT SAINI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास स्थान

H.NO.-329, NARAYAN VIHAR, STREET NO.-10,
PREM NAGAR, CENTRAL, DELHI-110018

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान



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 करें)

PAN No. उपर्युक्त जानकारी

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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.	AMIT	31	MALE	FATHER
2.	PURIA	30	FEMALE	MOTHER
3.	AMI	03	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINABLASTOMA
2.	TREATMENT - EIA

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 तो गई सहायता राशि
	NA	

2) I solemnly confirm that I have not and 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach with form)

- 2) वी (आलोचक) इस बात से प्रसन्न है कि वे गण, पण, मोरा और विपणन से कि साहजिक से दुर्दरशी से शक्ति है मुझे लगता है साहजिक का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कालिका" समूह उसके व्योमार्ग का निर्देश शक्ति और बंधकाली देता।

आमेक के इलाक़ा या शहर का ज़िल्ला

Deindere (Grandfather)

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2012 4000)

2. "कॉलोका फ़ाउन्डेशन" में ली गई संपत्ति केवल निम्न प्रकार की है। ली में प्रस्तावित द्वारा दी गई सलाह या किप एवं क्लार्क/प्रक्रिया का चुनाव ली एवं हमसाल के बीच का विवाद है और "कॉलोका फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसाल में ली में प्रभाव मुख्य और अन्य ली की ली विधेयों ली एवं हमसाल की ली और "कॉलोका" को कोई भूमिका या विधेयों इस मामले में ली ली।

Dr. SHAM DAS
Director

DR. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
Dentistry and Ocular Oncology Services
Regd. No. 121209
Dr. Shroff's Charity Hospital

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

हल्कट का नाम व हल्कटार व रॉबि, न

Director, Medical Education Department
Phone No. 50231

Dr. Shrivastha's Charity Eye Hospital

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

नाम व पद संस्थान/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो वसुधाम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथवा

Exempel

here



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Ishika-E/0825/0146



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

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name		Baby Ishika	Address/ Phone:	H/No.- 229, Narayan vihar, Street no.- 02, Prem nagar, central, Delhi- 110086	
MR N		DEL-G-20-01-5327	Age/Sex	6 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	06/08/2025	EUA(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 : soeh@soeh.net, Website : www.soeh.net

OTHER CENTRES

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