

DE-4-23-04-5147

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
Foundation  
Building Block of life

APPLICATION No.:

E1082510151

APPLICATION DATE:

06-08-2025

NAME of APPLICANT:

SALAR GUPTA

AGE-YEARS

SEX

05 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

LT. DHARMENNA (FATHER)

पिता/स्वामी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

JUNGLE JAYDIPUR, VUSHTI-NAR, U.P. - 221004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

PENSIONER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

72,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

Yes / No

क्या आप आय का दाता हैं? (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | LT. DHARMENNA                                     | 40                         | MALE           | FATHER                                    |
| 2.                     | VARUNA                                            | 12                         | FEMALE         | SISTER                                    |
| 3.                     | ANNA                                              | 07                         | FEMALE         | SISTER                                    |
| 4.                     | KASHI                                             | 06                         | FEMALE         | SISTER                                    |
| 5.                     | JAYARUN                                           | 59                         | MALE           | GRANDFATHER                               |
| 6.                     | RAJKUMARI                                         | 29                         | FEMALE         | MOTHER                                    |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिन्हित आधार

|                                                                                                          |                                                                                                                  |                                                                                        |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या बिस्वी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA                                                                     |
| 2.                     | TREATMENT - EVA                                                                                |

## 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>हो गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | NA                                        |                                                         |

## DECLARATION by APPLICANT: I/WE declare that I/WE am/are the owner/s of the above described property and that I/WE am/are qualified to execute this deed.

- 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 Kashika 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, draw or reimburse, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञानको के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से सत्य प्रमाणित नहीं होता है तो मेरी सहजता निम्न की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैंने प्राप्त की गई या प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैंने प्राप्त की गई या प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (Signature and Title)

- 1) 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 it's 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.
- 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.
11. इस प्रश्न पर अपने उत्तरों के साथ संलग्न करें, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके "न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रोफिल है, उसे "कोशिका" परम्पराओं, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी जाहानियाँ और उपलब्धियों को लिखे किसे वो प्रसार मजबूत से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण तो इसका वो पक्ष है जो कि मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि संस्थान में उपरोक्त से प्रोफिल है पुष्टि करता, संलग्नता या बदलाव नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" परम्परा न्यासी को निर्णय अधिकारी और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आचार्यक के सम्मान या भावने का निरूपण

अभिप्रेत

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL USE ONLY)

- 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 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.
  - 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत: हस्ताक्षर को और से मान्यताप्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करते हैं:
- 1) उस कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के संबंध या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में जाने या लेता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्रोत/स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से संभावित लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हम सहायता वित्तीय मात्र तक सीमित/सीमित हेतु किसी भी रोगी/रोगी के संबंध या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
  - 2 "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हम सहायता द्वारा दी गई सहायता का चित्त नहीं रखा/रखिये का चुनाव रोगी एवं हम सहायता से होने का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई विचार नहीं है। इसलिए हम सहायता में रोगी से उपचार सुझा और अन्य बातों को सारे विनिर्देशों को एवं हम सहायता को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भूमिका का निर्धारण इस मामले में नहीं छोड़ें।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHAVI GURJAN

~~Final Consultant~~

1. 1987 4.5

**F. GRIFFIN - Specialty Eye Care**

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

[illegible]

DE SMA DAS

1993

Neurologische und Sozialpsychiatrische Abteilung  
Klinik für Neurologie und Psychiatrie

QJW000001, Rev. 11/02

Dr. Shrestha, D.O. Eye Hospital

Designation & Stamp of Authorised Sign  
on behalf of the Council

On Death of Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

भारतीय संविधान १३

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राप्तः इत्यादि ।

Expenditure

SIGNATURE of TRUSTEE 2

3000

lieve



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1920.

31st August 2020

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Sagar Gupta-E/0825/0151



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

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                                   |                    |                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                | Mast. Sagar Gupta                 | Address/<br>Phone: | Jungle jagdishpur,<br>Kushinagar, U.P.- 274304 |             |
| MR N                                                                                               |                | DEL-G-23-04-5147                  | Age/Sex            | 5 years                                        | Male        |
| S. No.                                                                                             | Treatment date | Items                             | Cost per Unit      | No. of unit                                    | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 07/08/2025     | EUA(Examination under Anesthesia) | 2000               | 1                                              | 2000        |
|                                                                                                    |                |                                   |                    |                                                |             |
|                                                                                                    |                |                                   |                    |                                                |             |
|                                                                                                    |                | <b>Total</b>                      |                    |                                                | <b>2000</b> |

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](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**

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