

DEL-P-25-07-5260

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E10825/0161		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11-08-2025		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SHRIYANSH		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 03 YEARS	SEX / लिंग : MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : INDERJEET (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास स्थान : VILLAGE BAR. KARTIYAPUR, THANA - SATANA - MUNI WARD - 10, BARAPUR, DISTRICT - BIMAR - 843302.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास स्थान :				
OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 1,20,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
FAN No. / सहायता संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को योग्य हो-उस पर 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 से संबंध
1	INDERJEET	33	MALE	FATHER
2	KAMINI	27	FEMALE	MOTHER
	MANU	25 MONTHS	FEMALE	SISTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनंती आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) / एपिली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एयूएस सीटी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति 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 / असफल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY			
2	TREATMENT - GENETIC TEST, 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. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		
	NA			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में विवेचन एवं सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रयोग करेगा, जो इस प्रमाण में उल्लेख किया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी प्रकार से, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही सहायता के लिए आवेदन किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 3) इस प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एजन्सी, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रमाण पर हस्ताक्षर करने या अंगूठे की छाप लगाने से "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी तस्वीर, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे इच्छित उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी इच्छित उद्देश्य के लिए किया जा सकता है। इस प्रमाण पर हस्ताक्षर करने या अंगूठे की छाप लगाने से "कोशिका" एजन्सी, इसका उपयोग करने के लिए अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान।

Sushmita Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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 मंजूर/सही को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पामिल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकांशक हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मरर उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य सभी विषयों पर रोगी एवं हस्पताल की इच्छा और "कोशिका" की कोई भी सहायता या हस्तक्षेप इस मामले में नहीं होगा।

Dr. CHHA BUPTA

Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Dr. SIKHA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 100291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Sushmita Kumar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Sushmita Kumar



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 Mast Shriyansh-E/0825/0161



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

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

Name		Mast Shriyansh	Address/ Phone:	Village bariyarpur, thana- sitamarhi ward-10, Bariarpur, sitamarhi, bihar- 843302	
MR N		DEL-P-25-07-6250	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	14/08/2025	Genetic Test	20000	1	20000
2	25/08/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
3	25/8/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			24500

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)