

NIDM-4-21-08-1169

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

E/0925 / 0179

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

19/25

NAME of APPLICANT / आवेदन करेवाले का नाम

BHAUVA PANDEY

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

05 YEARS

SEX / लिंग

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम

NISHKARSH PANDEY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE JEWAN POWAVAN, LITTAH RAJASTHAN - 242401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION / व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

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

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करेवाले से संबंध
1	NISHKARSH	31	MALE	FATHER
2	LATA MISHRA	28	FEMALE	MOTHER
3	BHAUVANISH	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता को किसे मिलना चाहिए

EPL Card (Attach Card Copy) राश्ट्रीय रक्षा को तैयार प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर से मुक्त प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रुपसोंका कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2	TREATMENT - E.A

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

NO

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / मिले हुए सहायता राशि
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो यथा संभव निरस्त को जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लूँगा और न ही बीमा में रिफंड लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करके)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने नामों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, चित्र/चित्रण, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निराकरण में इलाज के पहले या बाद में करने में किए "कोशिका फाउण्डेशन" नामावली अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आगे के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उद्देश्य को पूर्ण करने, सहायता या इलाज नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके नामों का प्रसारण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप: 

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करके)

- 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 now 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 जो कि हमारे नामों की "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न में नाम व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायक संस्था व किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त कर सकते हैं "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाय है तो हमारे पास किसी अन्य सहायक संस्था व किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता सिफारिश करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायक संस्था व किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगी।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह मदद को किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को ही सही का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज चुनना और अपने नाम को सही सिफारिश/निर्देश देना एवं हस्पताल को ही सही और "कोशिका" को कोई भी सहायता व वित्तिय मदद इस मामले में नहीं होगी।

<p>Dr. CHHA: GUPTA Adjunct Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p> <p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE सिफारिश के लिए अनुमति</p>		<p>Dr. JYOTSNA HAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 00281 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>8/9/25</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रिज. नं.</p>	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
--	---



30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Bhavya pandey- E/0925/0179

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Bhavya pandey	Address/ Phone:	Village jewan powayan, Uttar pradesh- 242401	
MR N		MOM-G-21-08-1169	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. D0291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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