

DFI-4-2802-5074

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(HEALTHCARE)  
(आवक्य सहायता)

(Healthcare)  
(आवक्य सहायता)



APPLICATION No. (आवक्य संख्या) E/0925/0182 APPLICATION DATE (आवक्य तिथि) 1/9/25

NAME OF APPLICANT (आवक्य का नाम) DISHA AGE-YEARS (आवक्य उम्र) 0.6 YEARS SEX (लिंग) FEMALE

FATHER/SPOUSE'S NAME (पिता/पत्नी का नाम) PARVEEN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवासी पता) YADAV, PATEL, KARNATAKA, VIJAY N. KHANDE 216228

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवासी पता)



OCCUPATION (व्यवसाय) PRIVATE JOB (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 1,02,000 (FATHER) (Attach Proof of income) (आय का प्रमाण पत्र)

PAN No. (आवक्य का PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (क्या आप आय करदाता हैं?) (Yes/No) (हाँ/नहीं)

FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)

Sr. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवक्य से संबंध)
1	PARVEEN	33	MALE	FATHER
2	S. MOHINI	27	FEMALE	MOTHER
3	VIJAYA	57	FEMALE	GRANDMOTHER
4	MANI RAM ANGLE	65	MALE	GRANDFATHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (क्या आप सहायता के लिए निम्नलिखित में से कोई एक का विकल्प चुनते हैं?)

<p><b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) सहायता के लिए प्रमाण पत्र (आवक्य का नाम और पता भरें)</p>	<p><b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) सहायता के लिए प्रमाण पत्र (आवक्य का नाम और पता भरें)</p>	<p><b>Ration Card</b> (Attach Copy) आवक्य का कार्ड (आवक्य का नाम और पता भरें)</p>	<p><b>Any Other</b> Satisfactory Proof अन्य कोई प्रमाण</p>
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता के लिए निम्नलिखित में से किसी एक का उद्देश्य:

Sr. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आवक्य/पत्रिका से जोड़ी गई प्रमाणित सूची संलग्न)
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - CUP

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
क्या आप सहायता के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं?

Sr. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (आवक्य से प्राप्त सहायता राशि)
	NO	

**DECLARATION by APPLICANT:** (खंड 01-03 का)

- I hereby declare 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 legal prosecution.
- I voluntarily 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.
- 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 assistance is requested.
- मेरे द्वारा यहां दिए गए तथ्यों में किसी भी प्रकार की गलती या झूठ नहीं है। यह सब सच है और मैं इसे केवल अपने लिए ही उपयोग करने के लिए कर रहा हूँ।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी, उसे मैं केवल उसी "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है।
- मेरे द्वारा मैंने यह नहीं कहा है कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (खंड 04 का)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/communicate 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.
- 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.
- इस प्रकार मैंने अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को आवश्यक बनाने के लिए मैं नाम, पता और फोटो का प्रयोग इस प्रकार से कर सकता है, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता माँगी जा रही हो। इस प्रकार मैंने सहायता माँगी जा रही है।
- मैं (आवेदक) और अधिक सहमत हूँ कि मैं नाम, पता और फोटो का प्रयोग केवल "कोशिका फाउंडेशन" के लिए ही करूँगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

*गंध्या देवी*

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (खंड 05 का)

- 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:
- 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.
  - 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.
  - हम (हॉस्पिटल) यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसके लिए (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने के लिए हमें सहायता चाहिए।
  - यदि हमें या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी, तो हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं महसूस करेंगे। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता माँगने की आवश्यकता होगी।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता पर नहीं पड़ेगा।

*[Signature]*  
 Director  
 Ophthalmology and Ocular Oncology Services  
 Director, Medical Education Department  
 Regd No 00191  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. CHHVI DASH  
 Director  
 Ophthalmology and Ocular Oncology Services  
 Regd. No. 100745  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉ. चिखी दास का हस्ताक्षर और मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर करीकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 आजीवक सदस्य 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 आजीवक सदस्य 2

*[Signature]*

*[Signature]*



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

Caring for the community since 1922



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

30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Disha- E/0925/0182

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Disha	Address/ Phone:	Kolyari, Pauri Garhwal, Uttarakhand- 246285	
MR N		DEL-G-23-02-5671	Age/Sex	6 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

**DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL**

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph. - 011-4352-4444, 4352-8988, 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) ● MODI NAGAR ● RANIKHET