

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		E/0925/0187		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 5/9/25	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम :		KARTIK KUMAR		AGE/YEARS : वयस/वर्ष :	SEX : लिंग :
				7 YEARS	MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम :		DHANVEER (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान/अवस्थित पता					
DHANU, CHHATTISGARH, C.P. - 492205					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी/अवस्थित पता					
OCCUPATION : व्यवसाय :			LABOURER (FATHER)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :			1,20,000 (FATHER)		
PAN No. : पैन संख्या :			MARIED (वैवाहिक) / UNMARRIED (अवैवाहिक)		
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) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	DHANVEER	32	MALE	FATHER	
2.	NEELAM	36	FEMALE	MOTHER	
3.	HIMANSHU	26	MALE	BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्हीं में से एक का चिह्न लगाएं					
BPL Card (Attach Card Copy) बलेबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड काई (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किन्हीं का उद्देश्य :					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - ASTHENIA				
2.	TREATMENT - E.A.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
NO					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो लक्ष्य प्राप्त हो		
	NA				



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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. I am 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 employer/insurance company of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी आवेदन पत्र और जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से मिली सहायता, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की रकम वापस करने या पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य संगठन/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के माध्यम से इस फॉर्म पर "आवेदक" के रूप में सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग, जिस सहायता के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी, के माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कॉशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग, जिस सहायता के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी, के माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कॉशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग, जिस सहायता के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी, के माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कॉशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

धनवीर सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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 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.

हम (हस्पताल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से किसी भी रोगी के लिए सहायता नहीं ले रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान करने के लिए मांग कर रहे हैं।

1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से किसी भी रोगी के लिए सहायता नहीं ले रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान करने के लिए मांग कर रहे हैं। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से किसी भी रोगी के लिए सहायता नहीं ले रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान करने के लिए मांग कर रहे हैं।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउंडेशन" इस विचार प्रक्रिया को कोई प्रभाव नहीं डालती। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।

Dr. CHINA GUPTA
Adjunct Consultant
Ophthalmology and Ocular Oncology

Regd. No. 100745
Dr. Chandra Prasad Eye Hospital

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

डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Pradyumn Choudhary Eye Hospital

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

नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar Singh



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kartik kumar- E/0925/0187

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kartik kumar	Address/ Phone:	Dhuari, Shahjahanpur, U.P.- 242305	
MR N		DEL-G-23-07-4206	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	08/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

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 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : sceh@sceh.net. Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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