

DEL-4-2574-2648

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : E/0925/0188

APPLICATION DATE : 5/9/25

NAME of APPLICANT : SUNNY

AGE-YEARS : 06 MONTHS

SEX : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIJNESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बंगला आवासीय पता

VILLAGE : BAINSTA PALAN, PALHARAI
SHAHJAHANPUR, U.P. - 242221

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION : LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आप को साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो माल्य 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	KIJNESH	34	MALE	FATHER
2	POOJA	36	FEMALE	MOTHER
2	RUPNATH	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे माल्य किस्मों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - ASTHMA
2	TREATMENT - INHA, CORTIC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है? NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गरीब सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत प्रमाण प्रस्तुत करता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में देखा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में न तो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा माँगी गई सहायता के लिए उपयोग करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण मेरे द्वारा दिये गए उद्देश्य के लिए सहायता के लिए उपयोग करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए उपयोग में लाये जा सकते हैं, मेरे द्वारा सहायता के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

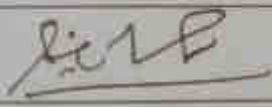
पूजा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति):

- 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.
- हमने यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए प्रयोग करेंगे।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे जा रहे हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/प्रदान नहीं की जाती, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करनी होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास इससे पहले या भविष्य में किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टिकोण से स्पष्ट नहीं है कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित है।

Dr. CHHA GUPTARECOMMENDED FOR ACCEPTANCE Adjunct Consultant, स्वीकृति के लिए, संयुक्त Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 80251 Dr. Shree's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नमः व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 8/9/25, 22/9/25	Regd. No. 100745 Dr. Shree's Charity Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के लिए न

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	



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 Mast Sunny- E/0925/0188

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Sunny	Address/ Phone:	Village bhainsta kalan, Palharai, Shahjahanpur, U.P.- 242221	
MR N		DEL-G-25-04-2648	Age/Sex	6 months	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
2	22/09/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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