

DEL-4-2509-1278

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No.: E/0925/0190		APPLICATION DATE: 5/9/25		
NAME of APPLICANT: SANDEEP KUMAR		AGE-YEARS: 03 YEARS	SEX: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUBHA KARAN (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 07, BELAUSTI TELLIVANT, WARDHAN, MADHYA PRADESH - 426886				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]				
OCCUPATION: PRIVATE JOB (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 1,80,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income)		
PAN No. [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
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 सापेक्ष सम्बन्ध
1	SUBHA KARAN	31	MALE	FATHER
2	MANGUNDIR PANIKA	27	FEMALE	MOTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY			
2	TREATMENT - LVA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली	
	[Blank]		[Blank]	

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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं झूठ का दावा किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही-सही जानूँ हूँ, उसका उपयोग उम्मीद के बिना किसी भी भविष्य के निवेदन किए बिना, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सित है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "व्यवस्थापकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" समूह, न्यायी, दान, समारोह, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि "कोशिका" के कार्यक्रमों से प्रसारित है, उसी स्थिति में सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह, उसके "व्यवस्थापकों" का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं तलुआ छाप

Signature

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँसे हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, किंतु हम (हस्पताल) बिना प्रत्यक्ष से भ्रम व भ्रमोत्पत्ति करने के।
- 3) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है या अस्वास्थ्य किसी अन्य रोग/समस्या/समस्या या किसी अन्य समस्या से संबंधित होने या अधिकृत सुनिश्चित रहता है। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य सिफारिश भरण उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/पाने।
- 4) "कोशिका फाउंडेशन" से सही-सही सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का सुनिश्चित-रोगी को हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल से रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. S.M.A. DAS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. CHHA GUPTA
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
8/9/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1
Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
Signature



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 Sandeep kumar- E/0925/0190

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Sandeep kumar		Address/ Phone:	07, Belkauri Teliyan Waidhan Singrauli, Waidhan, Madhya Pradesh- 486886	
MR N	DEL-G-25-09-1278		Age/Sex	3 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

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Phone No. 40291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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) • MODI NAGAR • RANIKHET