

DEI-4-21-02-3960

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या	E/0925/0193	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	11/9/25
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	ANANYA KUMARI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	05 YEARS
		SEX लिंग	FEMALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	SUDHANSHU (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता			
RAHEPUR, SAMASTPUR, BIHAR - 848101			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासस्थान पता			
OCCUPATION व्यवसाय		FARMER (FATHER)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		1,08,000 (FATHER)	
PAN No. पैन संख्या		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		Yes / No हां / नहीं	



FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	SUDHANSHU	27	MALE	FATHER
2.	ANANYA KUMARI	23	FEMALE	MOTHER
3.	BRHAMANWANO	52	MALE	GRANDMOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गले धिनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	GLAUCOMA - RETINOPATHY
2.	TREATMENT - EYE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 & any/ing 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 फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान होगा तो मेरा आवेदन और कोई भी सहायता, यदि कोई हो, अस्वीकार्य/रद्द हो जाएगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही होगा, जिसके लिए मैं इस फॉर्म में सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं इस फॉर्म में सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रीमर्बर्समेंट नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में घोषित है, इसे "कॉशिका" के माध्यम से, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इसका उपयोग कॉशिका फाउंडेशन के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए और/या कॉशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण जो कि आवेदन में घोषित है, उसे स्वतः ही मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं करता है। सहायता देने या जारी रखने का फैसला केवल "कॉशिका" के ट्रस्टियों के द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) यहाँ स्वीकृति दे रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) इस उद्देश्य के लिए सहायता नहीं ले रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) इस फॉर्म में अनुरोध कर रहे हैं।

- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और हमारी कोई भी भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हम (हॉस्पिटल) को इस उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जिसके लिए हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो कि किसी भी प्रकार से "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उसकी सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी, और "कॉशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो कि किसी भी प्रकार से "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उसकी सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी, और "कॉशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. CHHA. GUPTA
 Adjunct Consultant

Dr. SHRUTI DAS
 Director
 Oculoplasty and Ocular Oncology services
 Director, Medical Education Department
 Regd. No. 00291
 Dr. Shrutika Chandra Eye Hospital

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीखOculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745

Dr. Shrutika Chandra Eye Hospital

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

हॉस्पिटल का नाम व इम्प्रेसन व रजि. नं.

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

यह डॉ. डॉ. श्रुति चंद्रा आंखों के अस्पताल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

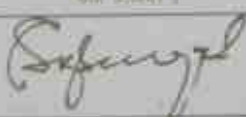
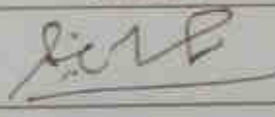
आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों द्वारा 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 Ananya kumari- E/0925/0193

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Ananya kumari	Address/ Phone:	Rahapur, samastpur, Bihar-848101	
MR N		DEL-G-21-02-3960	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	13/09/2025	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. 10291
Eye Medical

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