

DEL-P-25-09-5250

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				Koshika foundation Building Block of life	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		E/0925/0195		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदनकर्ता का नाम		SHRIYANSH KUMAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				03 YEARS	MALE
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम		INDRAJEET KUMAR (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
VILLAGE BARIYARPUR, JHANA-SITAMARHI, WARD-10, BARIYARPUR, SITAMARHI, PIN-843302					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
LABOURER (FATHER)					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
1,20,000 (FATHER)					
PAN No. नपाई संख्या संलग्न					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
Yes / No हाँ / 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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध	
1	INDRAJEET KUMAR	30	MALE	FATHER	
2	KAMINI	27	FEMALE	MOTHER	
3	PIHU	2-3 MONTH	FEMALE	SISTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) रटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसदोका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मरी विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - RETINABLASTOMA				
2.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?					
NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी					
NA					



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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", में भी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किए जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यासी, दान, सहायता हेतु प्रचार में मुझे गौरीचण्डी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत में प्रेषित है मुझे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

Safaraj

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Trusted to Serve. Forever Committed.

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Shiryansh kumar- E/0925/0195

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Shiryansh kumar	Address/ Phone:	Village bariyarpur, Itana- sitamarhi ward-10, Baranpur, sitamarhi, bihar- 843302	
MR N		DEL-P-25-07-5250	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	15/09/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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