

012-C-24-11-524

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0925/0203

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

YUVAJ

AGE-YEARS

SEX

04 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

YADRAM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

NAYAKHANI DHANI, DUGRAHAT, RAJASTHAN
303004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सत्यापन संख्या

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
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 से संबंध
1	YADRAM	33	MALE	FATHER
2	RISHA DEVI	29	FEMALE	MOTHER
3	SILKRAJ	22	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सही से रिकॉर्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS -
2	TREATMENT -

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NO

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

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 दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी या रही है। इसका उपयोग कभी भविष्य में मुझे के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, वाचक या दूरदर्शन से बड़ी संख्याओं में और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा या फोटो या पता में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व यादगार अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका के उद्देश्यों के अधीन है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए अधिकृत और वाचकगार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

(Signature)

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 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.
- हमने कोशिका, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारणी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीन से मांगी जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/सकारणी हेतु सकारणी नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य सकारणी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा ही रोगी/रोगीन हेतु किसी भी सकारणी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या बिना अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव/लेनी एवं हस्ताक्षर के बिना या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सकारणी नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्ष और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्ताक्षर की होती हैं और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होती।

Dr. CHHA GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/9/25
26/9/25

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो 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 Yuvraj- E/0925/0203

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Yuvraj	Address/ Phone:	Nayawasi Dhani, Dugrawat, Rajasthan- 303004	
MR N		DEL-C-24-11-5214	Age/Sex	4 years	Male
S. No	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	19/09/2025	Genetic Test	25000	1	25000
2	26/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
3	26/09/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			29500

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Best Regards

Dr. Sima Das

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) • MDOL NAGAR • RANIKHET