

DEL-P-24-02-2078

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1025/0214

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

AATHARV GIRI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

02 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

VISHWARUPAM (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NEW COLONY, DANAPUR, CANST, PATNA,
BIMAR - 801503.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

SMALL BUSINESS (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2,40,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्याई खता 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 लगावे।)

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 सम्बंध
1.	VISHWARUPAM	23	MALE	FATHER
2.	ANANDITA	29	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार:

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्तों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गये हैं?

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: आवेदन करने वाले का:

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 पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन होगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से न तो भुगतान के लिए और न ही भविष्य में भुगतान के लिए किसी भी प्रकार की सहायता ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 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/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 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (आवेदक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि मेरी सहायता के लिए किसी भी माध्यम से जानकारी के लिए प्रसारित की जायेगी, जिसमें मुझे सहायता के लिए प्रदान की जायेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरी सहायता, पता, फोटो और विवरण को भी सहायता के उद्देश्य के लिए प्रयोग करने के लिए प्रदान किया जायेगा। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Mandita (mother).

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके)

- 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 ओर से हम यहाँ पर स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रदान की जायेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता न मिले, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरक करने के लिए स्वतंत्र होंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा उपचार केवल रोगी और हमारे बीच के समझौते पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता से प्रभावित नहीं होता है।

Dr. CHHA. GURJIT
Adjunct Consultant

Dr. SHRAVANI
Director

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/10/25	Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	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) रोगी व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Shravan



31st October 2025

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Aathrav giri- E/1025/0214

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Aathrav giri	Address/ Phone:	New colony, Danapur cantt, Patna, Bihar- 801503	
MR N		DEL-P-24-02-2078	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-06	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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) • MODI NAGAR • RANIKHET