

DEL-C-25-10-1632

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/1025/0216  
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 08/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: ADITYA YADAV  
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 3 YEARS  
SEX लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: AMARNATH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 155, GUDHAYA, RAMGARH, ROBERTSGHANT, SONBHADRA, U.P. - 231226

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: FARMER (FATHER)  
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1,20,000 (FATHER)  
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पता 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 हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	AMARNATH	35	MALE	FATHER
2.	NURMAHA	30	FEMALE	MOTHER
3.	AKSHARA	06	FEMALE	SISTER
4.	RUSHNI	03	FEMALE	SISTER
5.	ADITI YADAV	1.5	FEMALE	SISTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 साक्ष्य
---	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्ध सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RELIABLE ANA -
2.	TREATMENT - EUA, MRI

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

NO.

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

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 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.
  - 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.
  - 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 बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता का अनुरोध है तो सही सहायता निरमा की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ पर यकीन दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना है।  
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी मदद, पूरा या आंशिक रूप से सहायता किमी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिय है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)**

- 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.
  - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में दी गई हैं, जो "कोशिका" द्वारा, मुझे, मुझे/अथवा दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण भी इसका अंश होने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्ध करने के लिये है मुझे प्राप्त: सहायता का अंश प्राप्त नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

*Signature of Applicant*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)**

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:

- 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.
- 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ पर अंगूठे/हस्ताक्षर के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किमी और सहायता संस्थान या किमी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रोत्साहित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किमी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया गया है तो हमारा किमी अन्य और सहायता संस्थान या किमी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बताना जाता है कि हमारा हितों पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किमी और सहायता संस्थान या किमी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा हित ही है। सहायता या किमी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा ही है। हमें इस विषय में और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किमी प्रस्ताव का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमारा हित रोगी के हित के साथ और अपने हितों की सुरक्षा हेतु एवं हमारा ही हितों और "कोशिका" को कोई वित्तीय या किमी अन्य सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. CHHA GUPTA**  
 Adjunct Consultant  
 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 हस्ताक्षर व मुद्रा, न.

**Dr. SIMA DAB**  
 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)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तिथि  
 10/10/25  
 14/10/25

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यासे हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यासे हस्ताक्षर 2
<i>Signature of Trustee 1</i>	<i>Signature of Trustee 2</i>



31<sup>st</sup> October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Aditya yadav- E/1025/0216

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Aditya yadav		Address/ Phone:	155, Gidhiya, Ramgarh, Robertsganj, Sonbhadra, U.P. - 231226	
MR N	DEL-C-25-10-1632		Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-10	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2025-10-14	MRI	6500	1	6500
<b>Total</b>					<b>8500</b>

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**