

DEL-4-24-11-4064



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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0125/021X  
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 11/10/25

NAME of APPLICANT / आवेदन के नाम: KUNAL JAISWAL  
AGE-YEARS / आयु वर्ष: 9 YEARS  
SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी के नाम: VIJAY KR (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: DESARI, DIST VAISHALI, BIHAR - 844504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)  
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (निष्क्रिय): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 1,08,000 (FATHER)  
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / आय का प्रमाण संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आय कर आय का पता है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाए):  
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 आवेदन के साथ संबंध
1.	VIJAY	36	MALE	FATHER
2.	RADHA	33	FEMALE	MOTHER
3.	SUREYA	13	FEMALE	SISTER
4.	MUSEAN	15	FEMALE	SISTER
5.	KRISH	12	MALE	BROTHER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये किली का उद्देश्य:

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

**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 कौी 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 & 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने अथवा प्राप्त करने के लिये गैर-सहायता प्राप्त नहीं हो सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा हिस्से के लिए ही प्रयोग करने के लिए प्रयोग में लाया जाएगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने अथवा भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्रत्येक रूप में सहायता प्राप्त नहीं की है और 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 & 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकते हैं, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा हिस्से के लिए ही प्रयोग करने के लिए प्रयोग में लाया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों से प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा हिस्से के लिए ही प्रयोग करने के लिए प्रयोग में लाया जाएगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

*Vijay Kumar*

**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.
- हमसे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर-सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त संरचना में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो अस्पताल किसी अन्य गैर-सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त संरचना/संरचना हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किये गए चिकित्सा या चिकित्सा सलाह नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने जाने की पूर्ण जिम्मेदारी प्राप्त एवं हस्पताल को हानी और "कोशिका" को कोई भी नुकसान या हितहानि इस मामले में नहीं होगी।

<p><b>Dr. CHHAYA GUPTA</b> Adjunct Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>	<p><b>Dr. SIMA DAS</b> Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 00201 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p>
<p><b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकृती के लिए संस्तुति</p>	<p><b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</b> रोगी पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
13/10/24

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

<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--

31<sup>st</sup> October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kunal jaiswal- E/1025/0218.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Kunal jaiswal		Address/ Phone:	Desari, district vaishali, Bihar- 844504	
MR N	DEL-G-24-11-4064		Age/Sex	9 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-13	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2025-10-13	Chemotherapy	2500	1	2500
<b>Total</b>					<b>4500</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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR ● SAHARANPUR ● MEERUT ● LAKHIMPUR KHERI ● VRINDAVAN ● KAROL BAGH (DELHI) ● MODI NAGAR ● RANIKHET