

DEL-P-25-07-5250

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation <small>Building blocks of life.</small>	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : E11025/0220		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 17/10/25			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SHIRYANSH KUMAR		AGE-YEARS आयु वर्ष 03 YEARS	SEX लिंग MALE		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम INDRAJEET KUMAR (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता VILLAGE BAR - BARIYARPUR, THANA - STA - - PARHI, WARD - 10, BARIYARPUR, BIHAR - 843202					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय LABOURER (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. पास है/ नहीं है					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 साथ संबंध	
1.	INDRAJEET	20	MALE	FATHER	
2.	KAMINI	27	FEMALE	MOTHER	
3.	PIHU	2.5 MONTHS	FEMALE	SISTER.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Aadhar 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 किराई का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA				
2.	TREATMENT - CHEMO				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किराई अन्य स्रोत से लिया गया है? NO					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ पाई सहायता राशी			
	LA				



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 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, or the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को भी खारिज कर दिया जा सकता है।
 - 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
 - 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से, पूर्ण या आंशिक रूप से, भुगतान करने के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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/put-up/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उन्हें "कॉशिका" द्वारा प्रचार, सहायता या दान संग्रहण के लिये विभिन्न माध्यमों और/या सूचना प्रसारण के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण सही प्रपत्र को सत्य माना जा सकता है और मैं इसके प्रति पूर्णतः सहमत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का अंश प्राप्त करने के लिए "कॉशिका" द्वारा उचित माध्यमों का उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

S. S. Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो भविष्य और न ही वर्तमान में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से सहायता संग्रहण करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि कॉशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी पर हस्पताल द्वारा ही गई। सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</p> <p>आवेदक को लिए अनुमति</p> <p>Dr. CHITA Adjunct Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shree's Chair, Eye Hospital</p>		<p>Dr. SIMA DAS Director</p> <p>Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 00291 Dr. Shree's Chair Eye Hospital</p>
<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>16/10/25</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>S. S. Singh</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>S. S. Singh</i></p>
---	---



31st October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Shriyansh- E/1025/0220

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Shriyansh	Address/ Phone:	Village bariyarpur, thana- sitamarhi ward-10, Bariarpur, 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	Aprax. Cost
1	2025-10-16	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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