

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: E/1025/0221
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: YUG TRIPATHI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 03 YEARS
SEX लिंग: MALE

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

KRAUNI, RAS. BARELI, U.P. - 229206

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION: FARMER (FATHER)
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4,80,000 (FATHER)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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 के साथ सम्बन्ध
1.	AMIT TIWARI	32	MALE	FATHER
2.	PAUJA	26	FEMALE	MOTHER
3.	RANI	24	FEMALE	AUNT
4.	PHOLWATI	19	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCE?
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

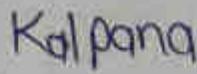
DECLARATION by APPLICANT. (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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.
- 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.
- यदि मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूना कारण आवेदन खारज करने के लिये पर्याप्त सिद्ध नहीं हो सकता है।
- मैं इस प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी तो मैं इसे केवल उक्त उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में सत्य सत्य है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान के लिये भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भुगतान नहीं करूँगा और न ही भविष्य में भुगतान के लिये इस सहायता से भुगतान के लिये भुगतान करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/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.
- 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.
- इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, पत्रिका/या दूरदर्शन से जारी विज्ञापनों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रयोग में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे उद्देश्य के पालने का कारण नहीं बनने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का विवरण अतिम और अन्ततः होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान


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:

- 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.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedures 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- यदि हमें या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में प्राप्त हो सकती है तो हमें या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विज्ञापन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित शर्तों/प्रक्रिया हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद के लिये/प्रदान हेतु किसी भी सहायता के सम्बंध में किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली हुई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

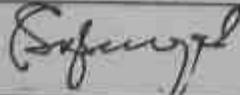
Dr. CHHA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 Adjunct Consultant

Dr. SAMA DAS
 Director

Neurology and Ocular Oncology Services
 Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प

Oncology and Ocular oncology services
 Director, Medical Oncology Department
 Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2


31st October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Yug tripathi- E/1025/0221

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Yug tripathi		Address/ Phone:	Ekauni, Rae bareilly, U.P.- 229206	
MR N	DEL-P-25-01-6123		Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-16	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