

DEL-4-25-10-3415

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E/1025/0224	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	15/10/25
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AYANSH MAURVA	AGE-YEARS मातृ-वर्ष	1 YEAR
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	AWADSH KUMAR (FATHER)	SEX लिंग	MALE
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता JANGAMBAH, BHARCHUA, CHANDAUJI, 212101			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई 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. पत्राई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्राई हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)		Yes / No हां / नहीं	



FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SHIVANSH	23	FEMALE	MOTHER
2	AWADSH KUMAR	25	MALE	FATHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के साथ 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 निम्नलिखित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशि
	LA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायक धन "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ। मैं इसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये हीता जाऊँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक धन को प्राप्त करने के बाद, इस धन का कोई भी सहायक धन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी वीडियो/प्रिन्ट और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायक धन के उद्देश्यों से प्रसारित है। मेरी सहायता का इस्तेमाल मेरी सहायक धन के लिए नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अश्विनी कुमल

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से सहायक धन को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण सहायक धन निम्नलिखित को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायक धन किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए लेने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विवरण प्राप्त के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक धन विवरण अधिकृत/नकारा है, तो हमें सहायक धन किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्थान से सहायक धन लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायक धन या किसी अन्य सहायक धन को नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायक धन केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज प्रकृति और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या निष्पक्षिक इस मामले में नहीं होंगी।

Dr. CHANDRA TA
Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
जम न पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
11/10/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2

Signature

31st October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ayansh Maurya- E/1025/0224

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:	Ayansh Maurya		Address/	Gangahara, Bharchha, Chandauli,	
			Phone:	U.P.- 232101	
MR N	DEL-G-25-10-3415		Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1.	2025-10-17	BUA (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, Kadar 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