

DEL-4-25-04-2648

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/10/25/0231		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 28/10/25					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: SUNNY		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 7 MONTHS				SEX लिंग: MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: BIJNEJH (FATHER)							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: VILLAGE BHAINSTA KALAN, PALHARAL, SHAHDAIANPUR, U.P. - 202221.							
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.: 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 लगायें): 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.	BIJNEJH	34	MALE	FATHER			
2.	POOJA	35	FEMALE	MOTHER			
3.	RAGHAV	03	MALE	BROTHER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये चिन्तों का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA.						
2.	TREATMENT - EVA						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 AVAILED ले गई सहायता राशी				
	NA						

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में यात्रा, या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में रहा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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-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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, या अन्य माध्यमों द्वारा वरदानों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करेगी। इस प्रकार का प्रकाशित मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्ण स्वातंत्र्य, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, या अन्य माध्यमों का प्रकाशित अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:

पूजा

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्ति/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से नहीं है, जब तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध नहीं किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को भरने के लिए किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उचित रूप से उचित/सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय सहायता होगी। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अन्य बातों की पूर्ण जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. CHITRA GUPTA
Adjunct Consultant, स्वीकृति के लिए संस्तुति
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. SUMAN DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/10/25	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनौपचारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाहाबादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाहाबादी
--	--



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

31st October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sunny- E/1025/0231

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sunny	Address/ Phone:	Village bhainsta kalan, Palharai, Shahjahanpur, U.P. - 242221	
MR N		DEL-G-25-04-2648	Age/Sex	7 Months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-29	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 : 011-43526816
 E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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