

DEL-4-25-09-1278

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

(Healthcare)  
 (सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/1025/0233 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 10/10/20

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम : SANDEEP KUMAR PANIKA AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 03 YEARS SEX / लिंग : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : SUBHA KARAN PANIKA (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : 07, BELAVI, TELIYAN WALIDHAN, SINGRA - DELI, M.P. - 486886.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय : PRIVATE JOB (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 1,80,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / चयन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) : 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.	SUBHA KARAN P.	31	MALE	FATHER
2.	HINKIMAR PANIKA	27	FEMALE	MOTHER
3.	PINKI	10	FEMALE	SISTER
4.	PUKSHWATI	07	FEMALE	SISTER
5.	PRADDEEP	06	MALE	BROTHER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS =
2.	TREATMENT =
	ASTINORLASTOMA - GENETIC TEST.

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
	AM	10

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)**

- 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 void & 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद भी, इस रोग या अवस्था या सफल विचार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)**

- 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/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 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) (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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हों, जिनके "कोशिका" द्वारा नामों, पता, सफाया/दवाइयों के जरूरत से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर या छाप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में लक्ष्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करण। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का विचार अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

*सिमा दास*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से नामित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/सफल हेतु सम्भव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनीगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है; रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्येक सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**Dr. SIMA DAS**  
Director

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department

Dr. Chhavi Gupta  
Adjunct Consultant  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100743  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Regd. No. 00291  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख

11/10/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

*Dr. Chhavi Gupta*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2

*Dr. Sima Das*

31<sup>st</sup> October 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sandeep kumar panika- E/1025/0233

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Sandeep kumar panika	Address/ Phone:	07, Betayi, Teliyan Wallpahan, Singrauli, M.P. - 486886	
MR N		DEL-G-25-09-1278	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-11	Genetic Test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>20000</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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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