

DEL-4-23-07-4198

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1025/0234

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/10/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

HIMANSHU

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

07 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

DHANVEER SINGH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

DHUARI, SHAHJAHANPUR, U.P. - 242305.

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.:

पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो भान्य हो उसे पर सही का चिह्न लगावे)

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 संबंध
1.	DHANVEER	32	MALE	FATHER
2.	NEELAM	30	FEMALE	MOTHER
3.	KARTIK	04	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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)	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 विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करना):

- 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, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण करते हैं। यदि कोई विवरण एक अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का समर्थन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए उपयोग की जाएगी, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से सहायता प्राप्त करूँगा।

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/upload/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.
- 3) इस करार पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की आवश्यकता है (आवेदक)। आपकी सहमति को सुनिश्चित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता है कि वे आप का नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में शामिल कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से उपयोग के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से किया जा सकता है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से उपयोग के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ 엄指 छाप

धनवीर सिंह

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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किए गए सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिवत अस्वीकार/नकार हो गई, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विभिन्न स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अंदरूनी भी सही विधेयता की और हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता नहीं होगी।

Dr. CHANDRA SINGH
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. CHANDRA SINGH
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 01291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature



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 Himanshu- E/1025/0234

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Himanshu	Address/ Phone:	Dhuari, Shahjahanpur, U.P - 242305	
MR N		DEL-G-23-07-4198	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprrox. 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 : 011-43528816
 E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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