

DEL-4-23-07-4206

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Blocks of life		
APPLICATION No. : <u>E/1025/0235</u>		APPLICATION DATE : <u>29/10/25</u>		
NAME of APPLICANT : <u>KARTIK</u>		AGE-YEARS : <u>07</u>	SEX : <u>MALE</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>DHANVEER SINGH (FATHER)</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>SHUARI, SHAHJAHANPUR, U.P. - 242305.</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>SHUARI, SHAHJAHANPUR, U.P. - 242305.</u>				
OCCUPATION : <u>LABOURER (FATHER)</u>		MARRIED (निविद्ध) / UNMARRIED (अनिविद्ध)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>1,20,000 (FATHER)</u>		(Attach Proof of Income)		
FAN No. : <u>SHUARI, SHAHJAHANPUR</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	DHANVEER SINGH	32	MALE	FATHER
2.	NEELAM	36	FEMALE	MOTHER
3.	HIMANSHU	07	MALE	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
SPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
सर्वोच्च रेशा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोक्ता कार्ड	अन्य कोई साक्ष्य
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	उपपत्र/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
2.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
	TREATMENT - ENU			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.	अन्य स्रोत का नाम	की गई सहायता राशि		
	NA			

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउण्डेशन पर)

- 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 rescission/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 पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व कथन अनुसार सत्य साबित हो तो मेरी लगातार सहायता की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का समर्थन करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी अन्य सहायता से इस उद्देश्य के लिए नहीं हूँ, इस सहायता का उपयोग मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं करती हूँ और न ही भविष्य में करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउण्डेशन पर)

- 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/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 fulfilment 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" एल्यूमीनियम, पत्र, मध्यम या दूसरे माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिलों दिलों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रकाशन मेरे प्रत्यक्ष उपयोग के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मेरी सहायता का अंश नहीं बढ़ेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यूमीनियम के निर्णय अंतिम और बंधनकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अर्शिका फ़ाउण्डेशन

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से सम्बंधित/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" 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 से किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा या लेने का कोई प्रयास नहीं होगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी किसी और सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सिफारिश/अनुमति का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हलाक सुनिश्चित और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

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

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00001
Dr. Shroff's Chaitany Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur



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 Kartik kumar- E/1025/0235

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kartik kumar	Address/ Phone:	Dhuari, Shahjahanpur, U.P. - 242305	
MR N		DEL-G-23-07-4206	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-30	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