

DEL-4-24-09-5504

Koshika
foundation
Building block of life

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E / 1225 / 0285	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	01 / 12 / 23	SEX लिंग	
-------------------------------------	-----------------	----------------------------------	--------------	----------	--

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	MAST RAGHAV	AGE-YEARS : वर्षों में आयु	24 YEARS	SEX : लिंग	MALE
-------------------------------------	-------------	-------------------------------	----------	---------------	------

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIJNESH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS VILLAGE BAINSTA KALAN, PALWARA

SHAHJAHANPUR, U.P. - 201001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: _____

OCCUPATION:	LABORER (FATHER)	MARRIED (HUSBAND)
-------------	------------------	-------------------

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,20,000 (FATUSEK)

PAN No. <u>XXXX XXXX</u>	Yes / No
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण		
Family Member	Age (Years)	Gender

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग
1.	RITNESH	34	MALE
		35	FEMALE

2.	POOJA	09 MONTHS	MALE
3.	SUNNY		

PART 4 - REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			

BASIS for REQUEST FOR RATION CARD		
महायत्ता के निम्न विधी अन्ध		
	महाराष्ट्र के निम्न विधी अन्ध	Ration Card

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)
समस्त प्रश्न के उत्तर प्रमाण पत्र	आय आर्ग प्रमाण पत्र	उपरोक्त कार्ड
		(आय आर्ग के साथ प्रति संलग्न करें)

(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:		

Medical Reports/Prescriptions Attached

Sr. No.	असमिता-डॉक्टर से जाते की गई प्रतिवेदन सूची संख्या
क्रम संख्या	NAGARIS - RETIMBLAS

2. TREATMENT. N/A

ASSISTANCE BEING AWARDED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCE

Sl. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT
---------	---	--------

क्र.सं.	नाम	प्राप्ति



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 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 दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्राप्ति की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में लूँगी।

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 it's Trustees to use/publish/put-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 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) 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 अंगुठी का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ज्योती, दान, प्रचार/या दूसरे उद्देश्य में चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्षों पर दिए गए करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ज्योती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का इकाइय नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्योती का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

विभवेंश

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 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, हमारा/हमारी को और से मामले/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 गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अशुभ/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई 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 फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने काने का सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS
Director

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant, स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/2/25	Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 00291 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (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 पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 Safarpur	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
---	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.

30 September, 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Raghav- E/1225/0285

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Raghav	Address/ Phone:	Village Bainsia Kalan, Palharai, Shahjahanpur, U.P. - 242221	
MR N		DEL-G-24-09-5504	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-01	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)