

MOM-E-25-02-2626

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
 आवेदन संख्या : E/1225/0290

APPLICATION DATE  
 आवेदन तिथि 02/12/25

NAME of APPLICANT :  
 आवेदक का नाम NAYRA

AGE-YEARS आयु-वर्ष 04 YEARS  
 SEX लिंग FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
 पिता/सहस्र का नाम SAMSUL HASAN (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
 MOHILLA GAYASAPUR, PILIPHIL, BISAIPUR,  
 U.P. - 262201.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION :  
 व्यवसाय CLOTH VENDOR (FATHER)

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
 कुल वार्षिक आय 1,08,000 (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 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.	SAMSUL	36	MALE	FATHER
2.	RABIVA	28	FEMALE	MOTHER
3.	ANAYA	03	FEMALE	SISTER
4.	SHAHAN	04	MALE	BROTHER
5.	TEVAN	05	MALE	BROTHER
6.	MEENAJI	60	FEMALE	GRANDMOTHER
7.	FARZANA	31	FEMALE	AUNTI

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) दपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/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 - RETINOCYSTOMA
2.	TREATMENT - S/A

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

NO

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो वेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इस पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस आवेदन में पर्यक्त हैं।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कभी भी इस राशि का अतिरिक्त या समकालिक किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ज्यूसीयर्स" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूर, संचार/या दूसरे उद्देश्यों में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उद्देश्यों के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ज्यूसीयर्स अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, उनके ज्यूसीयर्स का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

*शशिभद्र शुभ*

**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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात 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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पर्यक्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस बिंदु में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर्यक्त उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही 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 प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. CHHAVI GUPTA** *स्वीकृति के लिए संस्तुति*  
 Adjunct Consultant,  
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
 Regd. No. 100745  
 Dr. Shroff's Charity 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. 00291  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**Date of Surgery**  
 ऑपरेशन की तारीख  
 3/12/25

**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...

13th 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 Baby Nayra- E/1225/0290

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Nayra	Address/ Phone:	Mohilla gaysapur, Piliphil, Bisalpur, U.P. - 262201	
MR N		MOM-E-25-02-2626	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-03	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</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 KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)