

DEL-4-23-02-5671

DEL-4-25-05-6497



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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :  
 आवेदन संख्या : E/1225/0291

APPLICATION DATE :  
 आवेदन तिथि 02/12/25

NAME of APPLICANT :  
 आवेदक का नाम DISHA

AGE-YEARS अनु-वर्ष 06 YEARS  
 SEX लिंग FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
 पिता/कटुम्प का नाम PARVEEN (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
 KOLYANI, PHAR, GARHWAL, UTTARANCHAL,  
 246285

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)  
 (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट 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 लगायें) Yes / No हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS - परिवार विवरण**

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | PARVEEN   | 37                         | MALE           | FATHER  |
| 2.                     | SANDHYA   | 38                         | FEMALE         | MOTHER  |
| 3.                     | KIMLA   | 60                         | FEMALE         | GRANDMOTHER                                     |
| 4.                     | ASHA RAM BHOJ                                     | 66                         | MALE           | GRANDFATHER                                     |

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|--|

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

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

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

NO

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
|                        | NA  |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा कथना 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 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 यथासंभव सच कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विकलण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी तो मैं इसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में धारा किया गया है।
- 3) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस राशि का वापस या पूरा भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर आवेदनक द्वारा कथित सभी विवरण सच एवं सही हैं (आवेदनक) अपनी सहायता को मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग किए जा सकते हैं, उन्हे "कोशिका" द्वारा न्यासीयों, पत्र, पत्रिका/या दूसरे उद्देश्य से दुर्घटना प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रमाण का निरालण मेरी इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिये, "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्राप्त है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उन्हे न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

संध्या देवी

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

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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उन्हा रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उन्हा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उन्हा रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता 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 में रोगी के इच्छा सुरक्षा और अपने नाम को सारा-सिफारिश रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी मुक्ति या विनियमन इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

Dr. CHHAVI GUPTA  
ASPECT Consultant,  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Regd. No. 100745  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Director of Dr. & Regn. No. with Stamp

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
03/12/23

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

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*(Signature of Trustee 1)*

*(Signature of Trustee 2)*

September 2025

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby Disha- E/1225/0291



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

**Estimate cost of treatment  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Retinoblastoma Surgeries**

|               |                       |                              |                            |  |                    |
|---------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------|--|--------------------|
| <b>Name</b>   |                       | Baby Disha                   | <b>Address/<br/>Phone:</b> | Kolyani, Pauri Garhwal, Uttarakhand-<br>246285 |                    |
| <b>MR N</b>   |                       | DEL-G-23-02-5671             | <b>Age/Sex</b>             | 6 years  | Female             |
| <b>S. No.</b> | <b>Treatment date</b> | <b>Items</b>                 | <b>Cost per Unit</b>       | <b>No. of unit</b>                             | <b>Aprox. Cost</b> |
| 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)