

DEL-4-25-05-6493

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/1225/0292

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/12/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KAVYANSH TOMAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

01 YEAR MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्प का नाम

KISHAN (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HOUSE NO-D-25, LALLAD-09 WEST VINOD NAGAR, SHAKARPUR, EAST DELHI-110092

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

PRIVATE JOB (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)  
(आप 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 संबंध
1.	KISHAN	35	MALE	FATHER
2.	PREETI	34	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये 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) अल्प 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.	DIAGNOSTIC - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - CHEMO

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी
	NA	

**DECLARATION by APPLICANT:** **अवेरक हुए घोषणा:**  
 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अथवा सहायता प्राप्त करता है तो वही सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, इस उद्देश्य का व्यतिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक हुए कर्ता)**  
 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने नाम/पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यूरियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग करें, जो "कोशिका" द्वारा, मुझे, पत्र, आवाज/या दूसरे उद्देश्य में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उद्देश्य को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्यूरियों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ज्यूरियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 अवेरक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)**  
 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.  
 हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से 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 वित्तिय सहायता किसी और सहायता से या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सफल हेतु मन्सूरी नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता से या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तिय मगर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की 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 दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने का सभी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 सिफारिश के लिए संस्तुति

**Dr. CHHAVI GUPTA**  
 Adjunct Consultant  
 Oculoplasty and Ocular Oncology  
 Regd. No. 100745  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 03/12/25

(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 पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
 नामी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
 नामी हस्ताक्षर 2






**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922...

31 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 Kavyansh- E/1225/0292

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Kavyansh	Address/ Phone:	House no.- 25, Gali no.- 09, West vinod nagar, Swakarpur, East Delhi- 110092	
MR N		DEL-G-25-05- 6493	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-03	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>2500</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)