

DEL-0-25-04-1100  
MOM-4-25-04-1100

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: **E/1225/0296** APPLICATION DATE: **03/12/25**  
 आवेदन संख्या: **E/1225/0296** आवेदन तिथि: **03/12/25**  
 NAME of APPLICANT: **DIVYANSHI** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **01 YEAR** SEX लिंग: **FEMALE**  
 आवेदक का नाम: **DIVYANSHI**  
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **MUKESH (FATHER)**  
 पिता/कटुम्ब का नाम: **MUKESH (FATHER)**  
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **POKHANAPUR, PIPARIYA, DELHI - 262804**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता:



OCCUPATION: **LABOURER (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
 व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**  
 TOTAL ANNUAL INCOME: **1,20,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income)  
 कुल वार्षिक आय: **1,20,000 (FATHER)** (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 चिह्नन 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.	<b>MUKESH</b>	<b>27</b>	<b>MALE</b>	<b>FATHER</b>
2.	<b>LAXMI</b>	<b>24</b>	<b>FEMALE</b>	<b>MOTHER</b>

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

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

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

**Medical Reports/Prescriptions Attached**  
 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	<b>DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA</b>
2.	<b>TREATMENT - LVA, CHEMA</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? **NO**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता राशी
	<b>MA</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा की जाती है: *Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.*

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge.
- 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.

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

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहस्रकी की शर्त करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, धन, वाचना/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये मुझे स्वतः सहायता का इकाएक नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के इलाज का अंगूठे का निशान

*लक्ष्मी देवी*

**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, इलाजकारी को अंदर से मामले/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 सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सारकारी संगठन या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज का प्रयोजन के लिये 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 इलाज गुणवत्ता और अपने खर्च को सही विनियमों के अंतर्गत एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भुविष्य या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

**Dr. CHHAVI GUPTA**  
Advanced Consultants  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Dr. SIMA DAS**  
Director

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख  
04/12/25,  
11/12/25

**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 इलाजकार व रजि. नं.

**Occupuloplasty and Ocular oncology services**  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 00291  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्यासीय हस्ताक्षर 1

*Safaryal*

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्यासीय 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 Baby Divyanshi- E/1225/0296

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Divyanshi	Address/ Phone:	Pokhnapur, Pipariya, Delhi- 262804	
MR N		MOM-G-25-04- 1100	Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-04	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2025-12-11	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			<b>4500</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)