

MOM-G-25-12-1306

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | Koshika foundation Building block of life | | |
|---|--|---|-----------------------|-------------------------|
| APPLICATION No. : E/0126/0333 | | APPLICATION DATE : 1/1/26 | | |
| NAME of APPLICANT : PARTIK | | AGE-YEARS : 02 YEARS | SEX : MALE | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ANIL (FATHER) | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SEMARKI MAHILA, BENSARAI, DHARMAPUR, U.P. - 271255. | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : | | | | |
| OCCUPATION : LABOURER (FATHER) | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 96,000 (FATHER) | | (Attach Proof of Income) | | |
| PAN No. : | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): | | | Yes / No | |
| FAMILY DETAILS : परिवार विवरण | | | | |
| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant |
| 1 | ANIL | 32 | MALE | FATHER |
| 2 | GENU | 29 | FEMALE | MOTHER |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: | | | | |
| Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | |
| 1. | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA. | | | |
| 2. | TREATMENT - GVA, CHEMOTHERAPY | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES | | | | |
| NAME of OTHER SOURCE : NA | | | | |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | |



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मेरे पास प्रार्थना को नहीं है, उस राशि का व्ययिक या सकल निम्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - 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 दस्तावेज़ पर अपना हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में प्रामाणिक है उस "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, चिकित्सा एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे ज्ञान के अन्तर्गत या कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रामाणिक है कुछ स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

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:
- 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.
 - 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामल-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से प्राय व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और 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 प्यर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता चिन्ति आर्थिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गैर 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। इन्तलिप हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने को बाद सम्बन्धी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई नुसिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
ऑफ़िशियल के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director
231

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
1/1/26
29/1/26

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.

(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
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast, Kartik- E/0126/0333

| Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------------------|--------------------|---|-------------|
| Name | | Mast, Kartik | Address/ Phone: | Semari malmala, Behraich, Dharamapur, U.P.- 271855 | |
| MR N | | MOM-G-25-12-1306 | Age/Sex | 2 years | Male |
| S. No. | Treatment date | Items | Cost per Unit | No. of unit | Aprox. Cost |
| 1 | 2025-01-01, 2026-01-29 | Chemotherapy | 2500 | 2 | 5000 |
| 2 | 2026-01-29 | EUA(Examination under Anesthesia) | 2000 | 1 | 2000 |
| | | | | | |
| | | Total | | | 7000 |

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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET