

MOM-4-25-05-0276

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या		E / 0126 / 0341		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम		KUSHAGRA		AGE-YEARS / आयु-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम		SUBHIT (FATHER)		SEX / लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता		SULVANI MADARPUR, GANDRA KUSKI, D.P. - 262804		03 YEARS / 03 YEARS	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता				MALE / MALE	
OCCUPATION / व्यवसाय		FARMER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय		96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. / स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बंध	
1.	SUBHIT	24	MALE	FATHER	
2.	RINKA	23	FEMALE	MOTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय 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 विनंति का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - RETROPERITONEAL				
2.	TREATMENT - SURGICAL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
10-					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी	
NA					

Koshika
foundation
Building block of life



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायक विवरण को वापस करवा दिया जायेगा।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायक प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह व्यय नहीं करूँगा, उस राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मरति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन. कल्याण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार कथन से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का विवरण या इलाज का चयन या बदल में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं, मुझे स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाए। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

सौहित

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 सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

1) या कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वक्त हाथी/मालते में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु स्वरूप नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल शिथिल परर वक्त हाथी/मालते हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सारकारी से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा हो गये 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को बिना किसी रोगी एवं हस्पताल को हानि और "कोशिका" को कोई भुवि का किम्परा इस मामले में नहीं होगा।

Dr. SIMA DAS
Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHAVI GUPTA स्वीकृत 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)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एन. नं.

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(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

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Kushagra- E/0126/0341

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Kushagra	Address/ Phone:	Kuiyan Madarpur, Farendra kheri, U.P.- 262804	
MR N		MOM-G-25-05-0276	Age/Sex	3 years	Male
S. No	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-03	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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) • MODI NAGAR • RANIKHET