

DFI-4-22-03-5951

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Hope of life

APPLICATION No.:

E/0126/0342

APPLICATION DATE:

2/1/26

NAME of APPLICANT

MASHUM

AGE-YEARS आयु-वर्ष

09 YEARS

SEX लिंग

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

CHANDRA PRAKASH (FATHER)

पिता/सुपुत का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

458, DUNJABIVAN KHURTA, BULANDSHAHAR
U.P. - 203121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

UNSKILLED WORKER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

144,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें):

हां / 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.	CHANDRA PRAKASH	44	MALE	FATHER
2.	URMILA	37	FEMALE	MOTHER
3.	KANGINA	19	FEMALE	SISTER
4.	VIKAS	18	MALE	BROTHER
5.	ARYAN	14	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINAL DETACHMENT
2.	TREATMENT - G/A

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

NO -

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) I hereby declare 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 non-consideration.
- 2) I hereby 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 the assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी को प्रस्तुत करने पर सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अस्वीकार्य होगा तथा मैं उसे भेजे सहयोग प्राप्त करूँ या, करूँगी।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले या नहीं है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में भेजा गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं अस्वीकार करूँगा कि भविष्य में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से प्राप्त है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/communicate the 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 by 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.

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं (अर्शक) अपने विवरणों को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का प्रयोग कर सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, सहायता प्राप्त करने में मुझे प्रेरित करने और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे यहाँ का विवरण मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने या पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।

4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम में प्रसारित करने के लिए सही है, अर्थात्: दान, सहायता का अनुरोध करने के लिए सही है और "कोशिका" द्वारा उनके विवरणों का प्रयोग कर सकते हैं और जानकारी कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का छाप

21-3/9/21

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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.

हम यहाँ घोषणा कर सकते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि हम (हस्पताल) और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त करने के लिए या से नहीं है, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) को अधिकृत करने के लिए सही है, अर्थात्: दान, सहायता का अनुरोध करने के लिए सही है और "कोशिका" द्वारा उनके विवरणों का प्रयोग कर सकते हैं और जानकारी कर सकते हैं।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिले या नहीं है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में भेजा गया है। मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए सही है, अर्थात्: दान, सहायता का अनुरोध करने के लिए सही है और "कोशिका" द्वारा उनके विवरणों का प्रयोग कर सकते हैं और जानकारी कर सकते हैं।

Dr. SIMA DAS
Director

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

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Hedge No-00301

Dr. Shree's Charity Eye Hospital

Date of Surgery

अपरेशन का तिथि

3/1/26

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]



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 Baby Mashum Mashum- E/0126/0342

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Mashum Mashum	Address/ Phone:	458, Panjabiyar khurja, Bulandshahar, U.P. - 203131	
MR N		DEL-G-22-03-5951	Age/Sex	9 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-03	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