

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E/0226/0386	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	2/2/26
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	KUSHURA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	3 YEARS
		SEX लिंग	MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम	SOBHIT (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
EVITAN MAOARPUR, FARENDRA KHERI, U.P. - 262804.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
OCCUPATION : व्यवसाय	LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	96,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (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 निशान लगाएं)			
		Yes / No 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.	SOBHIT	19	MALE	FATHER
2.	RIKI	19	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किसे गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS
2.	TREATMENT
	RETINOPATHY
	GLA

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
	AT	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी आवेदन पत्र और मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रकाश में बताये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जिसके लिए मैं इस सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि नियोक्ता या बीमा कंपनी से, उस राशि के लिए कोई भी रिफंड या वापस मिलान करने का दावा नहीं करूँगा।

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/print-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 प्रकाश में मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकाश में घोषित करने, मेरी "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए अनुरोध की गई उद्देश्य के लिए किसी भी माध्यम, जैसे कि श्रवण, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, के माध्यम से मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जिसके लिए मैं सहायता के लिए अनुरोध करता हूँ। इस सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिए अनुरोध की गई उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा छाप

(Signature)

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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को यहाँ से धारित करने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान कर रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अनिष्ट/असफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारा निम्नलिखित अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हस्तक्षेप केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी 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 सुचारु और आगे बढ़ने को सहायता प्रदान करने के लिए हमारा हस्तक्षेप केवल वित्तीय सहायता के लिए है।

Dr. SIMA DAS
Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Page No. 00291

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

3/2/26

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

(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

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)

30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Kushgra- E/0226/0386

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Kushgra	Address/ Phone:	Kulyan 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	2026-02-03	EU A(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 : scejh@scejh.net, Website : www.scejh.net

OTHER CENTRES

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