

DEL-6-23-07-4206

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
Foundation  
Building Mind of the

APPLICATION No.  
सहायता क्रमांक : E/0325/0387APPLICATION DATE : 03-03-25  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT  
आवेदन करने वाले का नाम

KARTIK KUMAR

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

04 YEARS MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME  
पिता/पत्नी का नाम

DHANVEER SINGH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MURTA SHAMTAHANPUR UTTAR PRADESH  
243205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

OCCUPATION  
व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय करदाता हैं? (को सही ढंग से चिह्नित करें)Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से क्या संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | DHANVEER SINGH                                    | 37                         | MALE           | FATHER                                         |
| 2                      | NEELAM                                            | 36                         | FEMALE         | MOTHER                                         |
| 3                      | UJMANISHU                                         | 06                         | MALE           | BROTHER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निम्न विकल्पों में से एक चुनें

|                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                       |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card / Copy)<br>पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय और वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Any Other<br>Reason/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न

1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA

2. TREATMENT - CHIA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
क्या उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

NA

Sr. No.  
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED  
कोई नई सहायता राशि

NA

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा पर:

- 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 liable for rescission/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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाحد असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात पर अग्रिम प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सही वादा करती हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उक्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है, उस योग का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो सित है और न ही भविष्य में हो सित है।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्षा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 it's 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 सचकार, मैं (आवेदक) अग्रणी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को उससे संबंधित "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकते हैं, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, दूर, साक्षात्कार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष का विवरण मेरी इच्छा के बिना कि बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग कर सकते हैं। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित गतिविधियों का प्रसारण अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

स्व. न. वी. र. सिंह

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कक्षा)

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा को को से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जैसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में कोशिका फाउंडेशन से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिवेदन उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अधिकृत/निरस्त हेतु प्रसार नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संबंध या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा दी गई प्रत्यक्ष या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा से ली गई प्रत्यक्ष सुझा और करने को नहीं सिफारिश रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रत्यक्ष या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

06/3/25

Dr. CHHAVI GUPTA  
(Name of Dr. & Regn. No. with Specialized Oncology Services)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर सेवाएं  
Regn. No. 100745  
Specialized Free Hospital

Dr. SIMA DAS  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
डॉ. सिमा दास  
हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

## FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2

Signature



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kartik Kumar-E/0325/0387



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

Estimate cost of treatment  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Retinoblastoma Surgeries

| Name   |                | Mast. Kartik Kumar | Address/<br>Phone: | Village Dhuria, District Shahjahanpur,<br>Uttar Pradesh-243205 |             |
|--------|----------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| MR.N   |                | DEL-G-23-07-4205   | Age/Sex            | 4 years                                                        | Male        |
| S. No. | Treatment date | Items              | Cost per Unit      | No. of unit                                                    | Aprox. Cost |
| 1      | 2025-03-06     | EUA                | 2000               | 1                                                              | 2000        |
|        |                |                    |                    |                                                                |             |
|        |                |                    |                    |                                                                |             |
|        |                | <b>Total</b>       |                    |                                                                | <b>2000</b> |

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

For Dr. Sima Das

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 5888, Fax: 011-43528816

E-mail : scch@scch.net, Website : www.scch.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR • BAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)