

DEL-4-23-10-2886

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	E/0226/0391	APPLICATION DATE आवेदन तिथि :	4/2/26
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम :	IZAN	AGE-YEARS आयु-वर्ष	03 YEARS MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम :	SAMSER (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
GURUDWARA ROAD KIDWAI NAGAR MODI NAGAR, LAKHNAU, U.P.-201204			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			



OCCUPATION व्यवसाय :	LABOURER (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय :	1,44,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)
PAN No. स्वयं खाता संख्या		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का 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 सम्बन्ध
1.	SAMSER	33	MALE	FATHER
2.	ABHISUM	33	FEMALE	MOTHER
3.	ALYA		FEMALE	SISTER
4.	ILWATS	05	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवेक एन पीएम एन

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 Kashi 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 पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध यात्रा गलत है तो मेरी सहायता निवेदन को या सहायता ही
2. मैं यहाँ पर यथासंभव सही "उद्देश्य" का उल्लेख कर रहा हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा। मैं इस प्रश्न में बता रहा हूँ।
3. मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं है। उस राशि को अतिरिक्त या समान विवरण किसी अन्य प्राप्ति/नियोजक/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT BY APPLICANT (SIGNED BY 4070)

- 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-upreproduce 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 fulfilment 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्पणकर्ता) अर्पण की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस दस्तावेज़ में प्रामाणिक है, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, नाम, सम्बन्धन द्वारा उद्देश्य में जुड़ने गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न मिडिया प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं दस्तावेज़ का विवरण में इसका प्रयोग या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि प्रकाशना को उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्ब्लम इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आमिदर के इस्तिला यह जंगल का निगलन

Tabassum

AGREEMENT by HOSPITAL: (HOSPITAL USE ONLY)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से प्राप्त/प्राप्ति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु मित्रागार को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका रोगी/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट प्रकार के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनीत आशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाते हैं कि अस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/मार्ग से हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेा गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा लेा गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषय हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अन्य कानों को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
- Dr. SIMRAN

Dr. SIMBAS

Dr. Chitra Choudhary, **RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**
Adjunct Assistant, स्वीकृती के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

Regul. No. 00297

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery

अपराध का तालिका
5/3/26

Regd. No. 103745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इस्ताफा व रजि. नं.

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

नाम व एड हस्यलाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ वस्तुतः २

Exempel

Self

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Izaan- E/0226/0391

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Izaan	Address/ Phone:	Gurudwara road kidwai nagarm, Mod nagar, Ghaziabad, U.P. - 201204	
MR N		DEL-G-23-10-2886	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-02-05	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 : scejh@scejh.net, Website : www.scejh.net

OTHER CENTRES

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