

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0226/0421      APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/12/26

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SHIVANSHU      AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 4 YEARS      SEX / लिंग : MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : SUSHIL RAJAK (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता  
MARAN NO. - 216, GRAM MAHAJI, TAB -  
AMAR, M.P. - 483225

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 करें)

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 / हाँ / 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.                    | SUSHIL   | 34                        | MALE          | FATHER                                       |
| 2.                    | PRITI  | 25                        | FEMALE        | MOTHER                                       |
| 3.                    | KIYA   | 12                        | FEMALE        | SISTER                                       |
| 4.                    | SWATI  | 09                        | FEMALE        | SISTER                                       |

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>BPL Card</b><br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा का चीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | <b>EWS Certificate</b><br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Ration Card</b><br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | <b>Any Other Basis/Proof</b><br>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 प्रतिकेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| 1.                    | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA  |
| 2.                    | TREATMENT - CIA   |

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES.**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:


- 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 जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मदद का भुगतान या संकलन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में होगा।

**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 it's 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, पत्र, तबका/कच दूररेखण या सुबो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या मदद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परवर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आसक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य-गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुखी और अपने बानों को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या निर्धारित उक्त मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS  
Director

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

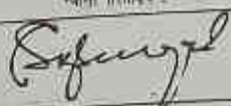
Dr. CHHAVI GUP  
Adjunct Consultant  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Regd. No. 100745  
Dr. Sheila's Charity Eye Hospital  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पं. नं.

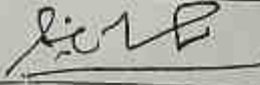
Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department  
Regn. No. 00891  
Dr. Sheila's Charity Eye Hospital

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
20/2/20

(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  
नामों हस्ताक्षर 1  


SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2  




30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Mast Shivanshu Rajak- E/0226/0421

| <p align="center"><b>Estimate cost of treatment</b><br/> <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b><br/> <u><b>Retinoblastoma Surgeries</b></u></p> |                |                                   |                    |   |             |
|---|----------------|-----------------------------------|--------------------|---|-------------|
| Name:   |                | Mast Shivanshu Rajak              | Address/<br>Phone: | Makan no.- 216, Gra. ,adai, Jabalpur,<br>M.P.- 483225 |             |
| MR N  |                | DEL-G-23-01-3062                  | Age/Sex            | 4 years   | Male        |
| S. No.  | Treatment date | Items                             | Cost per Unit      | No. of unit   | Aprox. Cost |
| 1   | 2026-02-20     | EUA(Examination under Anesthesia) | 2000               | 1   | 2000        |
|   |                |                                   |                    |   |             |
|   |                |                                   |                    |   |             |
|   |                | <b>Total</b>                      |                    |   | <b>2000</b> |

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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**