

DEI-C-25-10-1632

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0226/0429

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/2/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

ADITYA YADAV

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

3 YEARS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

AMARNATH (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

155, GOMTIYA RAMYARN, PURERTYANI,
SONBHADRA, U.P. - 231226

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

120000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित लगाइये)

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 सम्बन्ध
1.	AMARNATH	35	MALE	FATHER
2.	NIRMALA	30	FEMALE	MOTHER
3.	AKSHARA	06	FEMALE	SISTER
4.	KASHANI	03	FEMALE	SISTER
5.	ADITI	5-7 MONTH	FEMALE	SISTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 लगे गई सहायता राशी
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाحد असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रयोजन को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

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

- इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में अधिकृत है, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थपूर्ण से प्रसारित है कुछ सहायता प्राप्त करने के लिए उपयोग में नहीं किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अधिकार और सम्पत्ति होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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 की जाय से यहाँ घोषणा की जाय "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाय है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार में मान्यता प्रदान करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की जायगी, "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जायगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जायगी, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ साथ यह है कि हमें सहायता प्रदान करने पर हमें कोई भी सहायता प्रदान करने की जिम्मेदारी नहीं है।

- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हमें सहायता प्रदान करने वाले सहायता संगठन का चुनाव नहीं है। हमें सहायता प्रदान करने का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने का चुनाव नहीं है और हमें सहायता प्रदान करने की जिम्मेदारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसूचित

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100245

Dr. Shree's Charity Eye Hospital

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. SANKU DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shree's Charity Eye Hospital

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

नाम व पद हॉस्पिटल 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]

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon,

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Aditya kumar- E/0226/0429

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Aditya kumar	Address/ Phone:	155, Gidhiya ramgarh, Rudertganj, Sonhadra, U.P.- 231226	
MR N		DEL-C-25-10-1632	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-02-10	Intra arterial chemotherapy	90000	1	90000
		Total			90000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Serylees

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