

DEL - Q-23-09-3099

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : E/0324/0184

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि : 21/3/24

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम : BABY EKNOOR KAUR

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 2 YEARS  
SEX लिंग : FEMALE

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
वर्तमान आवासीय पता  
AMRIK NAGRI, VILLAGE - BHULARI  
DISTRICT - KAPURTHALA, PUNJAB

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION :  
व्यवसाय : FOOD PACKING (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : NA

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय : 1,30,000 (FATHER)

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

PAN No. :  
स्वायं सहाय संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	SUKHVINDER	84	MALE	FATHER
2	BALJEET KAUR	88	FEMALE	MOTHER
3	EKJASPREET	6	FEMALE	SISTER
4	MANDEEP KAUR	29	FEMALE	AUNT

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे क्या निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन नुस्खे संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINO BLASTOMA

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

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी रूप से सहायता राशी
	NA	

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्शक द्वारा घोषणा करें-)

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 avails 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 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 which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण जो जानकारी को अनुसर करके सच सही हैं। यदि कोई विवरण एवं नाम अलग नाम बताते हैं तो मेरी सहायता रिक्त की जायेगी।

2) मैं इस बात को ज़रूरत से अधिक "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसके इस्तेमाल को केवल "उद्देश्य" के लिए ही करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को, भविष्य में किसी भी रूप में, पूर्णतः या आंशिक रूप में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक 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/post-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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उस "उद्देश्य" के लिए प्रसारित करने के लिए, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो इस सहायता के लिए माँगा गया है, मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उस "उद्देश्य" के लिए प्रसारित करने के लिए, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो इस सहायता के लिए माँगा गया है, मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION** -  
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Harshdeep Kaur (Aunt)*

**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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सामनेस्थानी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे 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 सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता हेतु उक्त रोगी/मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/असकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रश्न में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है, रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जानी की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
23/3/24

*Dr. CHIRAVI GUPTA*  
DMO, O & R, 180745  
Fellow - Oculoplasty & Ocular Oncology

*Dr. SIMA GUPTA*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

31 March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Eknor Kaur- E/0324/0184



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

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

Name	Eknor Kaur	Address/ Phone:	Amrik bhullari colony, Kapurthala, Punjab		
MR N	DEL-G-23-09-3099	Age/Sex	2 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-23	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			20000

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

**OTHER CENTRES**

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