

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : E/0523/0004 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 2023-05-31 आवेदन दिनांक		
NAME of APPLICANT : AYANSH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 3 YEARS	SEX लिंग MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHRINATH SAMANI (FATHER) पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता WARD 10, VILL NAI BUDHAWALI THANA JANDIATA, NAI BUDHAWALI URF BAZIMPUR, VAISHALI BIHAR-894505				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION : LABOURER (FATHER) व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA		
TOTAL ANNUAL INCOME : 1,20,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : [Blank] पैन नंबर				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं? (को मध्य से उचित पर चिह्नित करें)				
Yes / No हां / नहीं		NO		
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 से संबंध
1	SHRINATH SAMANI	28	MALE	FATHER
2	RUBY KOMARI	24	FEMALE	MOTHER
3	REKHA	9	FEMALE	AUNT
4	JAGANNATH	13	MALE	UNCLE
5	BALINATH	19	MALE	UNCLE
6	KARINATH	22	MALE	UNCLE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA (TRILATERAL)			
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 तो गई सहायता राशि		
NO				



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति को लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में पता लगा है।
- 3) मैं यथा कदाचित्त हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रस्ताव को रखा है, उस राशि का अधिक या सबक किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

**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/print-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, पत्र-व्यवहार, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रस्ताव को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का निराकरण मेरे हस्तगत को करने या कर न करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित हैं पत्र-व्यवहार, पत्र-व्यवहार का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. उनके न्यायोधी को निर्णय अधिकार प्रदान करता है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

श्रीगोविन्द म.सिनी [Father - Aninath Sahu]

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

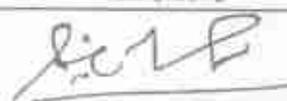
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये या ले ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पेशीयता प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हमारा हिसाब अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तगत नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान करी जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>29-05-2023</p>	<p> Dr. Chhavi Gupta (Name of Dr. with Stamp) Dr. CHHAVI GUPTA Fellow-Oculoplasty &amp; Ocular Oncology</p>	<p> Dr. SIMA DAS Head of Department Oculoplasty and Ocular Oncology (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shroff's Clinic 5027, Kailash Colony New Delhi-110049</p>
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोधी हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोधी हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

भारत सरकार  
Government of India




Issue Date: 2008/00/10



स्रीनाथ सहनी  
Srinath Sahni  
जन तिथि / Date of Birth: 1978/08/15  
पुरुष / Male

8029 3032 9748

---

मेरा आधार, मेरी पहचान




राष्ट्रीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण  
Unique Identification Authority of India

Issue Date: 14/08/2007

पता: राजपुर: राजपुरी सहनी, वार्ड 10, एम डी इन्डिया एजेंडा, पीएम इन्डिया जेएनएच, बिलाही, बिहार, 844505

Address: SC: Rajpur Sahni, ward 10, M D India  
Indira Janta Janakali, Old Buzurgi Left  
Bakajpur, Veerahi, Bihar, 844505



8029 3032 9748

☎ 1947
✉ [help@uidai.gov.in](mailto:help@uidai.gov.in)
🌐 [www.uidai.gov.in](http://www.uidai.gov.in)

Father of Ayanshi

Dec-6-23 05-5729



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

Caring for the community since 1914.



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

31st May 2023

Dear Mr. Tandon

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

Please find below attached estimate expenditure of Ayansh -E/0523/0004

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

<b>Name</b>		Ayansh	<b>Address/ Phone:</b>	Ward 10,Village Dih Buchauli, Tehsil Jandaha,District Vaishali,Bihar - 844505	
<b>MR N</b>		DEL-G-23-05-5729	<b>Age/Sex</b>	3 years	Male
<b>S. No.</b>	<b>Treatment date</b>	<b>Items</b>	<b>Cost per Unit</b>	<b>No. of unit</b>	<b>Aprox. Cost</b>
1	31/05/2023	MRI ( Mahajan)	6500	1	6500
		<b>Total</b>	6500		<b>6500</b>

Best Regards

**Dr. Sima Das**

**Director**

**Oculoplasty and Ocular Oncology Services**

*Dr. Sima Das*

**Dr. SIMA DAS**  
 Director  
 Oculoplasty and Ocular Oncology  
 Regd. No. 02291  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
 5027, Kedar Nath Rd,  
 Daryaganj, N.D.

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

**OTHER CENTRES**

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