

MDM-E-25-02-2026

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : E/0425/0012

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/4/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NAYRA

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

03 YEARS FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAMSUL HASAN (FATHER)

पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BLCASPUR, U.P. - 245001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION : CLOTH VENDOR (FATHER)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1,08,000 (FATHER)

कुल वार्षिक आय

(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 चिह्न लगायें)

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 से संबंध
1.	SAMSUL HASAN	36	MALE	FATHER
2.	RABIA	26	FEMALE	MOTHER
3.	ANAYA	03	FEMALE	SISTER
4.	SHAHAN	03	MALE	BROTHER
5.	TEVAN	05	MALE	BROTHER
6.	MEENATI	60	FEMALE	GRANDMOTHER
7.	FARZANA	31	FEMALE	AUNT

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा को 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) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT: साहित्य द्वा. संस्था पत्र

- 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 यथास्थिति कहता हूँ कि इस प्रार्थना में दिए गये सभी विवरण 'मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही' हैं। यदि कोई विवरण यह कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से तो वादा करी हूँ, उसका उपयोग कोई दूसरे को पूर्ण के बिना किए बिना न करूँ, जो इस प्रार्थना में प्राप्त था।
- 3) मैं यथास्थिति कहता हूँ कि मैं निराश्रित हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/निर्धारक/व्यक्ति कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

30 April 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Nayra- **E/0425/0012**

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Nayra	Address/ Phone:	Bilaspur, Uttar Pradesh-495001	
MR N		MOM-E-25-02-2626	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	29/04/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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)