

DEL- G-23-01-2026

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0524/0046	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 6/5/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: BABY DIPTI	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 3 YEARS SEX लिंग: FEMALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुस्थ का नाम: HARINDER (FATHER)	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H NO. 30, B-53A, JAWANGIRPURI, DELHI	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता	
OCCUPATION: व्यवसाय: LABOURER (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 96,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
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 लगाये)

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 सम्बंध
1	HARINDER	39	MALE	FATHER
2	ANJALI	36	FEMALE	MOTHER
3	AYUSH	6	MALE	BROTHER
4	DIKARAMELATI	60	M/HR	GRANDMOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) भरतीबी रेखा 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 विपत्तों 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 ली जा रही है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NO	

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

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो भुगतान को नहीं हूँ, न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करत)**

- 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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात को स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता का इशारा नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



(FATHER)

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

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:

- 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मांगते/पंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा/पाएगा जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति उठा कर मांगने में अधिकृत हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाएगी/मांगते हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने को खरी विकल्पों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई गतिविधि या विकल्पों इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Dr. SIMA DAS**

Head of Department  
Oculoplasty and Ocular Oncology  
Regd. No. 00291  
Dr. Sitaram Chandra Hospital,  
5027, Keshavnagar Road,  
Daryaganj, New Delhi-110002.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

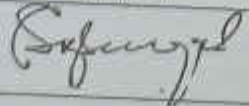
Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

9/5/24

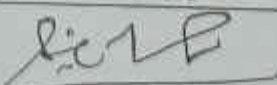
**Dr. CHITAN GUPTA**  
DMO, NO. 100745  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) by  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2





**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, 2024

Dear Mr. Tandon

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

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Dipti Dipti-E/0524/0046

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Dipti Dipti	Address/ Phone:	H no. 30, B 534, Jahangirpuri, Delhi	
MR N		DEL-G-23-01-2026	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.05.09	EUA	2000	1	2000
2	2024.05.22	Intra Arterial Chemotherapy	90000	1	90000
		<b>Total</b>			<b>92000</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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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