

DEL-9-24-11-4064

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन आकृति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

E/0525 / 0059

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

3/5/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

KUNAL JAKHOL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

8 YEARS

MALE

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

VIJAY KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DEERI, VAISHALI, BIHAR- 849504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

1,08,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्नित करें)

Yes / No:

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>वय (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | VIJAY                                             | 36                       | MALE           | FATHER                                          |
| 2                      | RAJHA                                             | 33                       | FEMALE         | MOTHER                                          |
| 3                      | SHREYA                                            | 12                       | FEMALE         | SISTER                                          |
| 4                      | MUSKAN                                            | 15                       | FEMALE         | SISTER                                          |
| 5                      | KRISH                                             | 19                       | MALE           | BROTHER                                         |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |
|                        |                                                   |                          |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

परिचय पत्र के साथ प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्यता कार्ड  
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basic Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनिवेदन सूची संलग्न

1 DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA  
2 TREATMENT - EOA, CHEMO

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

की गई सहायता राशि

N/A

**DECLARATION by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा कथन)**

- I hereby declare 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 rescission/cancellation.
- I hereby declare that assistance, if received from Kushiya Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was requested for me.
- I hereby declare 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 यहाँ कथन करता हूँ कि मेरा कथन कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
  2. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
  3. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा सहमति)**

- I, by affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Kushiya Foundation and it's Trustees to use/authorize/put-up/represent 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 Kushiya Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kushiya 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 Kushiya Foundation, and their decision is the report will be final and acceptable to me.
1. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
2. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
3. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में

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

अर्क्षक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप

Vijay Kumar

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- I, by affixing hereunder, signature of my Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Kushiya 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 it get from Kushiya Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kushiya Foundation. If the requested assistance is not granted by Kushiya 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 document 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 Kushiya 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 Kushiya Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Kushiya Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ कथन करते हैं कि हमने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
1. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
2. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में
3. मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में अपना मत या नहीं है, जो कोई किसी को अपने कथन को यह कि मैंने या मुझे किसी को कसौती में

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अर्क्षक को स्वीकार करने के लिए अनुमति

|                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन का तारीख</p> <p>5/5/25</p>                     | <p>(Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp)<br/>डॉ. अरवि गुप्ता<br/>MBBS, DNB, FRCS (S), FICS<br/>Consultant Surgeon, Kushiya Foundation</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>Dr. A. V. Sharma, Director, Kushiya Foundation<br/>Regd. No. 00291<br/>Kushiya Eye Hospital</p> |
| <p>FOR INTERNAL USE OF KUSHIYA FOUNDATION<br/>डॉ. शशी चौराई एंड हॉस्पिटल</p> |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>नाम: अरवि</p> <p><i>(Signature)</i></p>        | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>नाम: अरवि</p> <p><i>(Signature)</i></p>                                                                       |                                                                                                                                                                                      |



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

Caring for the community since 1914...



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

31<sup>st</sup> May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kunal Jaiswal- E/0525/0059

| <b>Estimate cost of treatment</b><br><b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b><br><b><u>Retinoblastoma Surgeries</u></b> |                |                              |                    |                              |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------|
| Name                                                                                                                    |                | Mast. Kunal Jaiswal          | Address/<br>Phone: | Deen, Vaishali, Bihar-844504 |             |
| MR N                                                                                                                    |                | DEL-G-24-11-4064             | Age/Sex            | 8 years                      | Male        |
| S. No.                                                                                                                  | Treatment date | Items                        | Cost per Unit      | No. of unit                  | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                                       | 05/05/2025     | Examination under anesthesia | 2000               | 1                            | 2000        |
| 2                                                                                                                       | 05/05/2025     | Chemotherapy                 | 2500               | 1                            | 2500        |
|                                                                                                                         |                |                              |                    |                              |             |
|                                                                                                                         |                | <b>Total</b>                 |                    |                              | <b>4500</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)