

DEL-9-23-06-4543

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0525/0069

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/5/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SURYA RAJ

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

02 YEARS

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम का नाम

SACHINKR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MOHANPUR WARD NO.-07 MOHANPUR, SAMARSA
BALWANT, BIHAR - 852106

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

TEACHER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,80,000 (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 लगाएं)

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 सापेक्ष सम्बन्ध
1.	SACHIN	22	MALE	FATHER
2.	KARVI	21	MALE	MOTHER
3.	KUNDAN	15	FEMALE	GRANDMOTHER
4.	GHYLA	21	MALE	GRANDFATHER
5.	HARIOM	25	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा 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 किसे गये विनोद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

No

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

DECLARATION by APPLICANT: अर्पणम् इति घोषयामि

- 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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण यह कथन असत्य पाया जाए है तो मेरी साक्ष्य पत्राल को यह सूचना है।
- 2) मैं इस जे. साक्ष्य पत्र "सॉल्विंग कान्सेप्शन", से मेरी जा रही हूँ, इसका उपयोग सभी प्रश्नों को हल करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि दिए गए साक्ष्य पत्र को मैं साक्ष्य पत्र को हल करने के लिए उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT / सहमत करणारा / सहमत करणारी

- 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/post-upreproduce my name, address, photo & details of me "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.

- 21) (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 का जवाब इसप्रकार या उसके की छात्र सम्भवत: में (आवेदक) अपने सहायी की सुविधा करता है जब "कोलिका" फास्टेडिंग और इसके व्यर्थियों "को" लयित्व करता है कि वे वास्तव में, जोड़े और जो विभाग इस प्रकार में जोड़ित है, इसे "कोलिका" रक्त वाहक, रक्त वाहकवा शुद्ध इतना से शुद्ध प्लाज्मा और रक्तकणों को लिये किसी भी प्रसार-व्यवस्था से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है; यह प्रश्न का विवरण यह प्रश्न के जवाब या बाद में करने के लिए "कोलिका फास्टेडिंग" व जवाबी लयित्व है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से संतुष्ट हैं कि मेरा नाम "जान, जोड़े और विभाग" को कि संसाधन के इच्छाओं में प्रभावित है मुझे स्वतः, सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोलिका" रक्त रक्तों ज्योतिषों का विभाग लयित्व और धर्मकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संशोधन के सहायता या अन्यथा का निष्पत्ति

ਅੰਤਿਮ ਸੁਰਮਿ

AGREEMENT by HOSPITAL (EXPENSE SET WITH)

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.

हमारे अधिकांश हमसफ़रों को और से सम्बन्धितों को "कोविड कायरदंश" से क्लिष्ट महसूस हो रहा होगा जो सही है, जिसे हम (हमसफ़र) निम्न प्रकार से ध्यान से सीखा करते हैं:

- 1) यह कि न तो पूर्वजात और न ही अविश्व में विविध साक्ष्य किन्हीं पैर साक्षरी संग्रहण या किन्हीं अन्य जगह से एक संग्रहण में लेने या तो ले है, जैसे कि इनमें "कोशिका साक्षरों" से मित्राचारितियों एक के साथ में "कोशिका साक्षरों" द्वारा गहर हो चुके हैं। यदि "कोशिका साक्षरों" द्वारा साक्ष्य विविध कोशिका-संकेत हो नचुं नहीं किन्हीं जगह है तो जगहों किन्हीं अन्य पैर साक्षरी संग्रहण या किन्हीं अन्य संग्रहण से साक्ष्य लेने या अविश्व में सुविध रखते हैं। इस भूमि में अन्य कहा जाता है कि अज्ञात विविध गहर एक संग्रहण हो चुके किन्हीं पैर साक्षरी संग्रहण या किन्हीं अन्य संग्रहण से लेने संग्रहण।
- 2) "कोशिका साक्षरों" से लेने पूर्व साक्ष्य कोशिका विविध इच्छा हो है। संग्रहण द्वारा भी गई साक्ष्य या किन्हीं गये साक्ष्य/विश्व का भुगतान से लेने संग्रहण को भुक्त का विषय है और "कोशिका साक्षरों" द्वारा किन्हीं जगह का कोई दखल नहीं है। इसलिए इच्छा में संग्रहण का इच्छा भुक्त और अन्य जगह को संग्रहण/विश्व से लेने संग्रहण को संग्रहण और "कोशिका" से लेने संग्रहण या साक्षरों इस संग्रहण से लेने संग्रहण।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery अवधि का दिनांक	 Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आयुर्वेद चिकित्सा सेवा केंद्र, पंजाब	 Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Oculoplastic & Detail of Hospital services पंजाब चिकित्सा सेवा केंद्र, पंजाब
-----------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक: सुपायंगम हृत्त

Pharmaceuticals
Pharmaceuticals

SIGNATURE of TRUSTEE 1 -प्राप्ती इत्यादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 -प्राप्ती इत्यादी
	



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 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Surya Raj- E/0525/0069

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Surya Raj	Address/ Phone:	Ward no. 7, Mohanpur, Saharsa, Bakwahat, Bihar- 852106	
MR N		DEL-G-23-06- 4543	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	12/05/2025	Examination under anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

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)