

DEL-4-25-05-6493

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	E/0625/0092	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	12/6/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	KAVYANSH	AGE-YEARS आयु-वर्ष	01 YEARS
		SEX लिंग	MALE
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम	KISHAN (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
HOUSE NO. D-25, GATE NO. 09, WEST VINDO NAGAR WEST, SHALARPUR, EAST DELHI-110042.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
OCCUPATION: व्यवसाय			
PRIVATE JOB (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		1,20,000 (FATHER)	
		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. जारी खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो भना हो उस पर सही का निशान लगाएं)			
Yes / No हां / 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 के साथ सम्बंध
1.	KISHAN	35	MALE	FATHER
2.	PREETI	34	FEMALE	MOTHER
3.	PRAMOD KUMAR	35	MALE	UNCLE

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे 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 की 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 सी गई सहायता राशि
	NP	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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. 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एस कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले जा रही हैं, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को भेजा है, उस राशि का भविष्य या संभव भविष्य किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक परमिटी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकत्रित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से लोगों को दानों के लिए या कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात का निश्चय है कि इसका उपयोग मेरी सहायता के लिये या मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या उसके भरोदारों द्वारा किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, उसके बाद, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों या निर्यात अधिकार और अधिकारों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/प्रेषण को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को यहाँ है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में लगे या लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उपाय को समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्यात अधिकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उस स्रोत/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2, "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है: संगी यह हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव संगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में संगी के इलाज प्रकृति और उसे जाने की सारी जिम्मेदारी संगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS
Director

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृत की लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291

Dr. Shree's Charity Eye Hospital

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/06/25

Regd. No. 00291
Dr. Shree's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाका नं. 00291

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

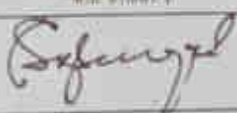
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

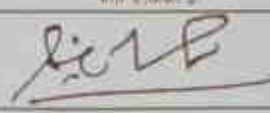
SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2







Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th June, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Kavyansh Tomar - E/0625/0092

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Kavyansh Tomar	Address/ Phone:	House no. d-25, gali no. 09, west vinod nagar, Shakarpur, East Delhi, 110092	
MR N		DEL-G-25-05-6493	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-16	Chemotherapy	2500	1	2500
2	2025-06-03	MRI	6500	1	6500
		Total			9000

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)