

DEL-4-25-03-3768

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	E/0625/0095	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	18/6/25
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	BABY DHRUVI	AGE-YEARS मातृ-वर्ष	8 MONTHS
		SEX लिंग	FEMALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	DEEPAK (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
A-31, SAINIK ENCLAVE, VIKAS NAGAR, UTAM NAGAR, WEST DELHI-110059			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			



OCCUPATION : व्यवसाय	PRIVATE JOB (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	1,80,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. पैन 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 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 सम्बन्ध
1	DEEPAK	31	MALE	FATHER
2	ANU	29	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) एलपी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विधि गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र/प्रातिफल
1.	DIAGNOSIS - PETTINABLASTOMA
2.	TREATMENT - CVA

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 लिये गई सहायता राशि
	NA	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं अथवा असत्य बयान ज्ञात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
2) मैं इस प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से लेती या लेंगे हैं, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत, मेरे नियोक्ता या किसी अन्य संगठन/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 fulfilment 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छोड़ने की बात मानकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। इस प्रकार का प्रसारण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या उसके अधिकृत हैं।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए, सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उक्त फैसले की पूर्ण स्वीकृति और जवाबदारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄새 छाप

AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ जो अहम घोषणा करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में उक्त रोगी/मरीज से लेनी या ले लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने मामले में अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से सहायता का प्राप्त होना कि सहायता द्वितीय स्तर पर लेनी चाहते हैं, किसे भी हमारे पास या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी चाहिए।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी या ले लेंगे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे पूर्ण अधिकार का क्षेत्र है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारे पास रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने रोगी की सारी जिम्मेदारियों को पूर्ण रूप से हमारे पास और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/6/25	 Dr. CHHAVI GUPTA (Name of Officer & Designation, No. with Stamp) Dr. SIFOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	 Dr. SHIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. SIFOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
---	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाहाबादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाहाबादी



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 Baby, Dhurvi- E/0625/0095

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Baby, Dhurvi	Address/ Phone:	A-31, sainik enclave, vikas nagar, uttam nagar, west delhi- 110050	
MR.N		DEL-G-25-03-3768	Age/Sex	3 months	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-23	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)