

DEL-4-24-09-5504

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेते जावेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building Block of Life.
APPLICATION NO. संस्करण नंबर:	E 0625 0096	APPLICATION DATE: संस्करण तिथि:	14 6 25	
NAME of APPLICANT: समन्वयक का नाम:	MAST RAGHAV	AGE/YEARS वय/वर्ष:	03YEARS	SEX लिंग: MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	BIJNESH (FATHER)			
VILLAGE/ गांव:	BHAINCHI SHAN PALLHARAI SHAH TAWANPUR, U.P. - 242221			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान का वास स्थान				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जावेदन का वास स्थान				
OCCUPATION: पठावना	LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	1,20,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्षात् उपलब्ध)	
PAN No.: स्पार्टन कार्ड नंबर:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) आप आय का वात है? (जो यहाँ हो उम्मीद बोल दिया है)	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के साथ सम्बन्ध
1.	BIJNESH	3Y	MALE	FATHER
2.	PRINCE	3Y	MALE	BROTHER
3.		03 MO.	MALE	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy), स्पेशल रेता के नाम स्थान पर (इसका यह कोई लाभ नहीं माना जाता)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy), वास वाले वार्ड वाले (इसका यह कोई लाभ नहीं माना जाता)	Ration Card (Attach Copy), राशनवाला कार्ड (इसका यह कोई लाभ नहीं माना जाता)	Any Other, Bank Proof कोई और साल	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के लिये यह उद्देश्य का दर्शक				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्थान/दूसरा से जाते की यह अधिकार सहूल वाला			
1.	DIABOLIC - TREATMENT - RETINOPATHY - DR. M.			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कार्ड अथवा साथगत विवरों अथवा सहूल से लिया गया है।				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED वही वार्षिक आय जो		
	M			

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 4) मैं निश्चय करता हूँ कि इस बहुत न किये गये विवरण में कोई अकर्तव्य के लक्षण या एवं ऐसी है कि कोई विवरण इस काम के अन्तर्गत काम हो जाता है जो भी आपका विवरण की जगह हो।
- 5) मैं इस या उपरान्त सभी "कोशिका कार्यदाता", जैसे कोई हूँ, उपरान्त कामों द्वारा उपरान्त को पूछे जाने वाले, जो इस बहुत न किये गये हैं।
- 6) मैं पूछता हूँ कि इस बहुत न किये गये कामों को कौन है, जो यहीं काम की विवरण की जगह हो जाता है जो उपरान्त न किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/replicate/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 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) मैं इस या उपरान्त काम का अधीक्षक की भूमि हूँ जो "कोशिका कार्यदाता और उपरान्त कामों" का संपर्क काम है कि ये काम, यह कामों की विवरण इस बहुत न किये गये हैं, जो "कामकाला" इस नाम, यह कामकाला द्वारा उपरान्त न किये गये कामों की विवरण भी यहाँ याप्ति में उल्लिखित करते हैं ताकि यह कामों की विवरण इस बहुत न किये गये काम में जाते हैं ताकि "कोशिका कार्यदाता" वाली अपेक्षा हो।
- 2) मैं (आवेदक) इस बहुत न किये गये कामों की विवरण का उपरान्त काम का उपरान्त कामों से अलग है यह याप्ति में "कामकाला" एवं उपरान्त कामों का विवरण अलग हो।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :-

आवेदक के उपरान्त का अंकुष्ठ का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तीफा द्वारा कर्ता)

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.
- 3) आपको इसकी भूमि के बाहर से अलग करने का "कोशिका कार्यदाता" में विवरण बहुत न किया गया है, जिसे इस (उपरान्त) किया जावा से बदल दिया जाता है।
- 4) यह हम न हो जाएं और वही अधिक न किया जाएं जो आपकी संभवतः या जिसे इस नाम से उपरान्त न किया जाता है जिसे किया हुआ "कोशिका कार्यदाता"
- 5) आपको इसकी भूमि के बाहर से "कोशिका कार्यदाता" द्वारा याप्ति की जाती है जो "कोशिका कार्यदाता" द्वारा उपरान्त काम की विवरण इस से अलग होती है। इस याप्ति में सब का काम है जो उपरान्त काम की विवरण इसकी भूमि के बाहर से अलग होती है।
- 6) "कोशिका कार्यदाता" वाली यह याप्ति उपरान्त काम की विवरण का याप्ति होती है जो उपरान्त काम की विवरण का याप्ति होती है और "कोशिका कार्यदाता" द्वारा किये जाने वाले कोई उपरान्त काम नहीं है। याप्तियों के बाहर से यहीं कोई उपरान्त काम नहीं होता है और "कोशिका" द्वारा कोई याप्ति का विवरण इस याप्ति में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतन

Dr. SIMA DAS
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम, पद एवं उपरान्त काम की विवरण का याप्ति

Date of Surgery
अंडोपन की तिथि
18/6/75

Dr. CHIRAV GUPTA
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
राजस्थान विधायक सभा नं. 3
लोक सभा नं. 11

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

वानीक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम उपरान्त 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम उपरान्त 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Ghaziabad NABH Accredited

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Raghav Kumar- E/9625/0006.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Raghav Kumar	Address/ Phone:	Village Bhawana Yalan Paharai, Shahjahanpur, U.P.- 242223	
MR. N		DEL-G-24-09-5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1.	2025-06-16	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 : scgeh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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