

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

E/0625/0102

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/6/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KARTIK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

3 YEARS

SEX लिंग

MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

DHANVEER (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

DHUARI, SHALIPHANKAR,

VITTHAL PRADHAN
242305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

1,20,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. रसायन कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो बॉक्स को 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 संबंध
1	DHANVEER	37	MALE	FATHER
2	NEELAM	36	FEMALE	MOTHER
3	HIMANSHU	06	MALE	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसे आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सरीसरी रसद का नौबी 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) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS TREATMENT. RETINAL DYSPLASIA EVA / MRI

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गये हैं?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 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 discontinuation.
- 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.
- I hereby declare that I will not in future, avail of reimbursement, or part or full, from any other source/employer/insurance company of the amount for which the assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सच हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे आवेदन और चल रहे सहायता को अयोग्य बना देगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से उस राशि के लिए कोई भी भुगतान नहीं करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से उस राशि के लिए कोई भी भुगतान नहीं करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees in whatsoever mode 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 it's activities/achievements. Just 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.
- 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 to receiving or continuing the said assistance. The decision to 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 irrevocable to me.

- मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छापने से (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता माँग रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रसारित किया जा सके। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने सहायता माँगी है।
- मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रसारित किया जा सके। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने सहायता माँगी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

(आवेदक का हस्ताक्षर या मुद्रा)

दान गीरजी है

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing Hospital signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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.

हमारी अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उन्हीं के साथ ही साझा करते हैं।

- यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए माँग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश। इससे हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलेगी, जिसका अर्थ है कि हमने सहायता माँगी है।

- "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी का उपचार और उपचार का निर्णय लेना होगा, जो रोगी के लिए सही होगा।

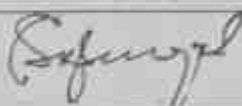
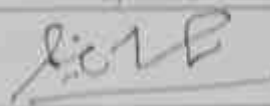
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अंगीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/6/25 30/6/25	 Dr. ANSHU GUPTA (Name of Dr. & Hospital Stamp) Dr. Anshu Gupta Dr. Anshu Gupta	 Dr. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Dr. Sima Das Dr. Sima Das
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी 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 Kartik- E/0625/0102

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kartik	Address/ Phone:	Dhuan, Shahjahanpur, Uttar Pradesh- 242305	
MR N		DEL-G-23-07-4206	Age/Sex:	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-30	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2025-06-11	MRI	6500	1	6500
		Total			8500

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)