

DEL-4-23-01-2026

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : **E/0824/0136**  
 आवेदन संख्या :  
 APPLICATION DATE : **5/8/2024**  
 आवेदन तिथि  
 NAME of APPLICANT : **BABY DIPTI**  
 आवेदक का नाम  
 AGE-YEARS आयु-वर्ष : **4 YEARS**  
 SEX लिंग : **FEMALE**  
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **HARINDER (FATHER)**  
 पिता/सहस्र का नाम  
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **वर्तमान आवासीय पता**  
**H.NO - B-524, JAWANQIRPURI, DELHI**  
**1100733**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**



OCCUPATION : **LABOURER (FATHER)**  
 व्यवसाय  
 MARRIED (विवाहित) / **UNMARRIED (अविवाहित)**  
 (Attach Proof of Income)  
 (आय का साक्ष्य संलग्न)  
 TOTAL ANNUAL INCOME : **96,000 (FATHER)**  
 वार्षिक आय

PAN No. **स्थाई रखता 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 लगायें)  
 Yes / No  
 हाँ / नहीं

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 संबंध
1	<b>HARINDER</b>	<b>34</b>	<b>MALE</b>	<b>FATHER</b>
2	<b>ANJALI</b>	<b>36</b>	<b>FEMALE</b>	<b>MOTHER</b>
3	<b>AYUSH</b>	<b>2</b>	<b>MALE</b>	<b>FATHER</b>
4	<b>DIAR ANJALI</b>	<b>60</b>	<b>FEMALE</b>	<b>MOTHER</b>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached  
 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	<b>DIAGNOSIS - RETICULOBLASTOMA</b> <b>TREATMENT - INTRA ARTERIAL CHEMOTHERAPY</b>
------------------------	---

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम <b>NA</b>	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि <b>NA</b>
------------------------	--	--

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई त्रिवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मेरी सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीदवश की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में जग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम वासुल किसी अन्य स्रोत/निर्गोपक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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.
- 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 अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एफएम न्यासियों, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण भेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण श्री कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

*Signature (Father)*

**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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अयोग्य/सफल हेतु मन्वुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर-सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मार्गले हेतु किसी गैर-सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल के रोगी के इलाज सुरक्षा और उन्हे जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>6/8/24</b>	<p><i>Signature for Hospital</i></p> <p><b>Dr. CHHAVI GUPTA</b> Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name of the Region Not with Stamp) <b>Dr. Sima Das</b></p>	<p><b>Dr. SIMA DAS</b> Director Koshika Foundation &amp; Stoma of Authorised Signatory Director, Medical Education &amp; Research on behalf of Hospital Date: 06/08/24 नाम के साथ हस्ताक्षर और मुद्रा बाध्यकारी <b>Dr. Sima Das</b></p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Signature</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>Signature</i>
--	--



31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Dipti Dipti- E/0824/0136

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Baby: Dipti Dipti		Address/ Phone:	H no. B- 534, Jahangirpuri, Delhi, 110033	
MR N	DEL-G-23-01-2026		Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.22	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024.08.06	Intra-arterial Chemotherapy (IAC)	90000	1	90000
		<b>Total</b>			<b>92000</b>

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)