

MOM - 9-22-05 - 0094

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता रेतु आवश्यक प्राप्ति)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवाएँ)

**Koshika**  
foundation  
building block of life

APPLICATION NO.  
आवश्यक संख्या:

E/0824/0145

APPLICATION DATE  
प्राप्ति की तिथि: 10/8/24NAME OF APPLICANT  
आवश्यक का नाम:

MAST YUVRAJ

AGE/YEARS REQ'D  
वापसी की वर्षीय वृद्धि: 4 YEARSSEX/SEX  
लिंग: MALEFATHER'S/HUSBAND'S NAME  
पिता का नाम:

ATUL KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS  
प्रत्यक्ष वासस्थान:VILLAGE MIRBARIK PUR, UTTAR PRADESH  
21604PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  
स्थान जो आवास है:OCCUPATION  
पेशी:

FARMER (FATHER)

MARRIED (MILIT) / UNMARRIED (अमिलिया)  NATOTAL ANNUAL INCOME  
कुल वार्षिक आय:

96,000 (FATHER)

(Attach Proof of income)  
(आप का यादी दस्तावेज़)

PAN No. वार्ता का नंबर:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (ITA), whichever is applicable:  
जिस वर्ग में आपका नाम है, वो आप का वार्ता का विवरण नहीं।Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS घरेलू विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवश्यक के सम्बन्ध
1	PODJA DENI	25	FEMALE	MOTHER
2	ATUL KUMAR	29	MALE	FATHER
3	SUSMIL KUMAR	45	MALE	GRANDFATHER
4	MANODRAMA	22	FEMALE	GRANDMOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवर जाओ:

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
सरकारी रेतु के दोस्त उपाय एवं  
(प्रमाण पत्र का दस्तावेज़ जो लंगान करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अपने आप की प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की दस्तावेज़ जो लंगान करें)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की दस्तावेज़ जो लंगान करें)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई साधन

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता लेतु किये गये विवरी का वर्तन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टक्कर से आई की गई चिकित्सा दस्तावेज़ या वापसी विवर
1	DIAGNOSIS - PROCEDURE - RGTINUD BEASTD MA ZUN

ASSISTANCE BEING AWAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इसी उद्देश्य के लिये कोई अन्य स्रोतों द्वारा भी लिया गया है?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो वह दस्तावेज़ दिया
	PMH	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट 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 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 जीवन के लिए इस फॉर्म में दिए गए विवरण भौतिक तथा सामाजिक दोनों नियमों के अनुरूप हैं। ऐसे विवरण एवं कानून समन्वय वाला है जो मेरी सहायता नियमों को बदलता है।
- 2) मेरे द्वारा दो सम्बन्धित नाम "कोशिका कार्डिनेशन", वा उसी तरह की अन्य वर्तमान वा आगामी वार्ताएँ या साकार विवरण दोनों नियमों के अनुरूप हैं।
- 3) मैं नृपति कानून के लिए जीवन के अन्य प्रारूप को गहरा हूँ, उस चौथा का अधिक ज्ञान सकारात्मक विवरण दोनों नियमों के अनुरूप है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कर्ता)**

- 1) By affixing my signature or thumb-impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रेस पर अपने हाथावर या अंगठी की ताक साकार वा अपने सामग्री की पूरी काला है एवं "कोशिका कार्डिनेशन वोटर टार्क नामिंग" को अपेक्षित करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दर्शायें हैं, उस "कोशिका" एवं उसकी जन्म, वार्ता, नाम, वार्ताओं/नामों दस्तावेज़ के बुद्धी विद्यार्थियों तथा उत्तमतावाले विवरणों विषय साकार सम्बन्ध में प्रभावित करने के लिए उपयोगिता है। मेरे प्रत्येक वार्ता विवरण में इसका को पहुँच या बदल में करने के लिए "कोशिका कार्डिनेशन" का नाम अपेक्षित है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस चौथे नाम साकार के लिए प्रारूप, पता, फोटो और विवरण जो कि मानागत के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं प्रारूप वाला साकार का उत्तमता नहीं बदलता। इस साकार में "कोशिका" एवं उसके नामिंगों का नियम अतिम और वास्तविकता होगा।

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

अप्पेलेंट के इमाज़े वा अंगठी का नियम

*Atul Kumar (Father)***AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 this patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अधिकारी, इसकी दो ओर से समर्थनरोपी को "कोशिका कार्डिनेशन" वा विवरण जीवन के नामीं हैं, जिसे हम (हस्पताल) नियम कराते हैं जो आनंद व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि तो जीवन और नामीं अधिकारी विवरण में साकारी सम्बन्ध विवरण जो साकारी सम्बन्ध से उपरोक्त नामों वाले सम्बन्ध में लें पा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कार्डिनेशन" वे विवरणों/विवरणों उपर के सम्बन्ध में "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा प्रदर्शित हुए हैं। यदि "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा मानागत विवरण अधिकारी/वक्तव्य वाले गुणों वाली विवरण जाते हैं तो उन्हें अधिकारी/वक्तव्य वाले गुणों वाली विवरण जाते हैं। यह भूट व स्वास्थ वाला जाता है कि उपरोक्त विवरण प्रदर्शित वाले गुणों/वाली विवरण गुणों/वाली विवरण से सम्बन्धित होते हैं।

2. "कोशिका कार्डिनेशन" से जीवन जीवन के विवरण उपरोक्त को हैं। योगी पर हस्पताल द्वारा ये गई साकार या विवरण उपरोक्त विवरण का दूरबीन एवं एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा विवरण वाले जाने वाले हैं। इसलिए हस्पताल में योगी के उपरोक्त जीवन और अपने जाने की गयी विवरणों द्वारा एवं हस्पताल की ओर से और "कोशिका" की ओर से विवरण द्वारा जाने वाले होते हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

रक्षितकों के लिए मंत्रित

Date of Surgery  
अपरेक्षन की तारीख

*12/8/24*  
**Dr. CHHAVI GUPTA**  
(Name of Doctor/Consultant with Stamp)  
**Oculoplasty and Ocular Oncology Services**  
**Regd. No. 100745**

OF Shroff's Charity Eye Hospital

*Dr. SIMA DAS*  
Director  
**Oculoplasty and Ocular Oncology Services**  
**Director, Medical Education Department**  
जाने वा **Regd. No. 009245 अपरेक्षन**  
**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामीं हस्पताल 1*Safayal*SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामीं हस्पताल 2*Lic B*



DEV-C-2

(Head)

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

31st August, 2024.

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Yuvraj- E/0824/0145

**Estimate cost of treatment  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Retinoblastoma Surgeries**

Name:		Mast. Yuvraj	Address/ Phone:	Village Mubarakpur, Uttar Pradesh-27604	
MR. N.		MOM-G-22-05-0094	Age/Sex:	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.12	EUA(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)