

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: **E/0825/0156**

APPLICATION DATE: **13-08-2025**

NAME of APPLICANT: **ANAYA KESHWANI**

AGE-YEARS: **02 YEARS** SEX: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **AADARSH KR (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **JAKRA BAZAAR, PRAYAGNAG, NITAR, KARNATAKA 5712107**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**

OCCUPATION: **SHOPKEEPER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **118,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	AADARSH KR	28	MALE	FATHER
2.	JYOTI	28	FEMALE	MOTHER
3.	AM	04	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सटीक रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आवेदन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY
2.	TREATMENT - EVA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: **NA**

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

DECLARATION by APPLICANT - अर्थक द्वाा करण कर:

- 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 retraction/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 यहाँ कथन कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं उभरता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही किया करूँगा, जो इस फॉर्म में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने की नहीं है, इस अर्थ कि कोई भी रकम या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वाा करण कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर मैं (अर्थक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस फॉर्म में जोड़े जा सकें। उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, सकारण्य दृश्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचार-प्रसार करने के लिए उपयोग हो सके। इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहमत की शर्तों से अधिकृत है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध गतिविधियों का निर्णय अंतिम और अविरोधनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- 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.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षरों को अत्र से प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लिखित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या के लिये है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत अतिक्रमण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस फॉर्म में स्पष्ट कहा जाता है कि असाहायता विधिगत मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही वह सहायता है किन्तु उसे 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 में रोगी का इलाज सच और उचित होने के लिये हस्पताल को सही और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHAVAN
Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 160745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. Prachi Das
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 04991
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

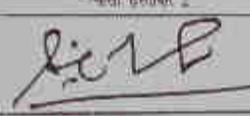
Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
14/8/25

(Name, Designation & Stamp of Dr. & Regd. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पता हस्ताक्षर, अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
तस्वी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
तस्वी हस्ताक्षर 2




Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1902.

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Anaya Kesharwani-E/0825/0156



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

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

Name	Baby, Anaya Kesharwani		Address/ Phone:	Jajra Bazar, Prayaganj, Uttar Pradesh- 212107	
MR N	DEL-G-24-06-3986		Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	14/08/2025	EJA(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)