

DE-4-23-01-2026

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य रक्षण)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E/0826/0157

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 17-08-2025

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम : BABY DIPTI

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 05 YEARS
SEX / लिंग : FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : HARINDER (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

H.NO. - 30 R-534 501 WAFI GATE, JAFAN - GAZIPUR, DELHI - 110032

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 96,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / आय का सबूत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी का संबंध
1.	HARINDER	34	MALE	FATHER
2.	ANJALI	37	FEMALE	MOTHER
3.	AYUSH	03	MALE	BROTHER
4.	SHARADWATI	60	FEMALE	GRANDMOTHER

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

MPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षक के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किन्हीं का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिप्त है या नहीं?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा बताना)

- 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/insurable company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ बताना करता हूँ कि इस प्रकरण में विवेक में सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठा साबित होता है तो मेरी सहायक निधि को वापस करवाया जायेगा।
- 5) मैं यहाँ बताना करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 6) मैं यहाँ बताना करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही लेना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में मांगे हैं, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, आवश्यकता पड़े पर, जनसंचार माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से किसी भी प्रकार की मदद प्राप्त करने से इनकार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से किसी भी प्रकार की मदद प्राप्त करने से इनकार करने के लिए अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से मांगे हैं, उनसे अलग-अलग तरीकों से प्रसारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से स्पष्ट/शुद्ध को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद न मिले तो हमें उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता/वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय रूप से उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता/वित्तीय सहायता के लिए किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से नहीं लेना/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता/वित्तीय सहायता की जाती है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही मांगे जाते हैं। हमारे अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू करने का निर्णय रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव/प्रकार का दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 Regd. No. 100745
 Dr. Shivani Gupta
 Adjunct Consultant
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services

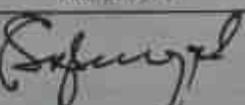
Dr. Shroff
 Director
 Oculoplasty and Ocular oncology services
 Director, Medical Education Department
 Regd. No. 00291
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

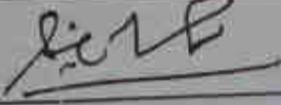
Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 18/8/25,
 19/8/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी 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

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Dipti Dipti-E/0825/0157

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Dipti Dipti	Address/ Phone:	H/no. 30, R- 534, 500 Walli Gall, Jahangirpur, Delhi- 110033	
MR N		DEL-G-23-01-2025	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/08/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	19/08/2025	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 : scch@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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