

DEL-4-25-07-5746

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 <b>Koshika</b> FOUNDATION <i>Building Block of life</i>					
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : E10899/0160		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11-08-2025			
NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : KARTIK GUJELE		AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 03 YEARS	SEX / लिंग : MALE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : AMIT KUMAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : GORHA POST OFFICE DISTRICT - ALIGARH, UTTAR PRADESH - 20217.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :					
OCCUPATION / व्यवसाय : PRIVATE JOB (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 1,80,000		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. / पैन संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे पर चिह्न का चिह्न 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 / आवेदन के साथ संबंध	
1	AMIT	30	MALE	FATHER	
2	RUBY	29	FEMALE	MOTHER	
3	VEER SINGH	65	MALE	GRANDFATHER	
4	SAWITRI	50	FEMALE	GRANDMOTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च राज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रजिस्ट्रार/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA				
2	TREATMENT - CHEMOTHERAPY TEST				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
NS.					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो यह सहायता है			
NS					

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 & original form 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 any other use 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज करने के लिए मेरी जिम्मेदारी होगी।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरी आवेदन पत्र में बताए गए उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत से सहायता या भुगतान प्राप्त करने के लिए या भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता नहीं मांगूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 my 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 be taken with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताए गए उद्देश्य के लिए, उसे "कोशिका" पर मुझे प्राप्त होने वाले सहायता के लिए, किसी भी प्रकाशित माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रसारण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी भी अन्य माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित हैं, मुझे सहायता का अधिकार नहीं दिलाएंगे। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके "ट्रस्टियों" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

*[Handwritten Signature]*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से आगे दिये गये मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और सफलता को सुनिश्चित करने के लिए हमें पूर्ण जिम्मेदारी लेनी होगी।

**Dr. CHHAVI GUPTA**

**Dr. SIMA DAS**

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
Regd. No. 100145

Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 100145

Date of Surgery  
आपरेसन का तारीख  
14/8/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीयन नं.  
Dr. Shree's Charity Eye Hospital  
100145

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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
आपसी हस्ताक्षर  
*[Handwritten Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
आपसी हस्ताक्षर  
*[Handwritten Signature]*



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1932



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

31st August 2025

Dear Mr. Tanjari

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Kartik gujale-E/0825/0160

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <i>Retinoblastoma Surgeries</i>					
Name		Mast Kartik gujale	Address/ Phone:	Godha, post office district- Aligarh, U.P - 20217	
MR N		DEL-G-25-07-5745	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost.
1	14/08/2025	Genetic Test	20000	1	20000
		<b>Total</b>			<b>20000</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 : 011-43528818

E-mail : scch@scch.net, Website : www.scch.net

**OTHER CENTRES**

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