

MOM-E-25 02-2626

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		 Koshika Foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(सहाय्य प्रारूप)			
APPLICATION No. (आवेदन संख्या)		E10825/0166		APPLICATION DATE (आवेदन तिथि)	
NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम)		MYRA		AGE YEARS (वय वर्ष)	
				04 YEARS	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/पति का नाम)		SAMSUL HASAN (FATHER)		SEX (लिंग)	
				FEMALE	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान निवास पता					
MOMLA, CHAVSHAPUR, PILIBHIT, U.P. - 262201					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास पता					
OCCUPATION (व्यवसाय)				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
CLOTH VENDOR (FATHER)				UNMARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय)				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
1,08,000 (FATHER)					
PAN No. (आय कर पत्रिका संख्या)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (आय कर दाखल करने वाले हैं/नहीं करने वाले हैं) (को प्रत्येक पर टिक करें जो लागू हो)					
Yes / No (हां / नहीं)					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sl. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वय वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)	
1.	SAMSUL HASAN	36	MALE	FATHER	
2.	MAHIMA	26	FEMALE	MOTHER	
3.	SHAHAN	23	FEMALE	SISTER	
4.	TEJAN	25	MALE	BROTHER	
5.	ANAYA	23	MALE	SISTER	
6.	MOHAMMAD	60	FEMALE	GRANDMOTHER	
7.	PARZANA	31	FEMALE	AUNT	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिए किसी आधार)					
BPL Card (आवेदन कार्ड - प्रमाण)		EWS Certificate (आवेदन प्रमाण - प्रमाण)		Ration Card (आवेदन प्रमाण - प्रमाण)	
(आवेदन कार्ड का प्रमाण प्रमाण)		(आवेदन प्रमाण का प्रमाण प्रमाण)		(आवेदन प्रमाण का प्रमाण प्रमाण)	
Any Other Basis/Proof (अन्य कोई आधार)					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (सहायता हेतु किसे पद मिलने का उद्देश्य)					
Medical Reports/Prescriptions Attached (आवेदन/पत्रिका से आवेदन की तारीख/पत्रिका संख्या)					
Sl. No. (क्रम संख्या)	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA				
9.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (NO) (इस उद्देश्य के हेतु अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?)					
Sl. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (इस स्रोत से प्राप्त सहायता)		
	NA				

DECLARATION by APPLICANT: STATE OF TEXAS, 100

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं झूठ का दावा या कथन है तो मेरी मांगका निस्संदेह खो जा सकता है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "Koshika Foundation" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं मदद मांग रहा हूँ।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/बीमा कम्पनी से भी मदद/रिबर्समेंट/पैसे के लिए नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (include date with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 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 प्रश्न या अन्य प्रश्नों के जवाब में मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में बोलते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी रात, मासिक या दूरदर्शन से जुड़े कार्यक्रमों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार कर रहा हूँ कि मैं अपने नाम पर जो भी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि कोशिका के सदस्यों के शोधों से जुड़े अन्य सहायक का उपयोग नहीं करता। इस वाक्य में "कोशिका" द्वारा उल्लेख की गई सभी कार्य और कार्यक्रम शामिल हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

[illegible]

रामसुलतुलना

AGREEMENT by HOSPITAL (OPTIONAL - SEE TEXT)

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiya Foundation, we
(Respectably affirm & accept following)

- 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 full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अतिप्रिय, सम्प्रदायी को धर्म से दूर करने वाली को "कालिका जगत-द्वेष" से चिह्नित माना जा रहा है। यह चिह्नित को बर्बर है, जिसने हम (सम्प्रदाय) धर्म प्रसार में सफल हो पाये हैं।

१. यह कि न तो सर्वजन और न ही प्रतिष्ठित के विना सहायता किसी भी सरकारों सम्मान या किसी अन्य स्वरूप में प्रकाशित/प्रसारित में होना या हो रही है, जैसे कि हमने "कौशिक फाउन्डेशन" के विधायन/विनिर्देशन के अन्तर्गत से "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा कलह हेतु कि है। यह "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा महात्मा विपिन स्वामिकार/समल हेतु प्रमुख नहीं किया जा रहा है तो अग्रसर किन्ती जहाँ है। सरकारों सेवा या किसी अन्य सम्मान या सहायता देने का अधिकार प्रेषित करता है। इस शृङ्ख में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अग्रसर विशेष प्रकर-उत्तर प्रेषित/प्रसारित हेतु किसी भी सरकारों सेवा या किसी अन्य स्वरूप या नही प्रेषित/प्रसारित।

- “कोशिका प्रजनन” में तो यह संख्या बहुत विविध रहती है। सभी या लगभग इस दो-गुना या इससे अधिक या कम यह संख्या प्रजातों का चुनाव होती है। हमें इस संख्या का ज्ञान है और “कोशिका प्रजनन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दवा नहीं है। इसलिए हमें इस संख्या के ज्ञान से पहले ही यह जान लेनी चाहिए कि हमें इस संख्या का ज्ञान है और “कोशिका प्रजनन” को ज्ञान से हमें इस संख्या का ज्ञान है और “कोशिका प्रजनन” को ज्ञान से हमें इस संख्या का ज्ञान है।

Dr. CHHA GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Adjunct Consultant, स्वयंसेवी के लिए संस्थान

July and Ocean Ecology Services

Regd. No. 100745

Sri Chaitanya Eye Hospital

10/10/19

Dr. SIMA DAS
Director
Dentistry and Oral oncology services
Director, Medical Education Department
H.N. 10, 1st floor

10/2/2011

10. *For* For

to Deduction 2. *Proof of Author's 1st*

ie, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक मजदूरी हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000



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 Bay Nyra-E/0825/0166

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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Bay Nyra	Address/ Phone:	Mohila, gaysapur, pilibhut, U.P. - 26201	
MR N		MOM-E-25-02- 2626	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	20/08/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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