

DELG-25-01-0377



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0925/0199  
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 16/9/25

NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम: MAST DIMYANSH  
 AGE-YEARS / आयु वर्ष: 04 YEARS  
 SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: NEERAJ KUMAR (FATHER)



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता  
 VILLAGE POST - HITALI, DISTRICT - HARDOI  
 KANPUR, U.P. - 209821

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

OCCUPATION / व्यवसाय: EMPLOYEE IN ELECTRIC SHOP (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1,80,000 (FATHER) (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आय का प्रमाण संलग्न करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / 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 / आवेदनकर्ता से संबंध
1	NEERAJ KUMAR	37	MALE	FATHER
2	POORNIMA	29	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विचारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / पीएलसी कार्ड का प्रमाण (आय प्रमाण के साथ जोड़ना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय प्रमाण के आधार पर (आय प्रमाण के साथ जोड़ना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगका कार्ड (आय प्रमाण के साथ जोड़ना चाहिए)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु विचारित उद्देश्य:

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/पत्रिकाएँ
1	DIAGNOSIS - ASTHMA
2	TREATMENT - FUJ

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है? **NO**

Sr No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / मिली गई सहायता राशि
	NA	

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


- I hereby declare 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, null & void/invalidation.
- I hereby 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.
- I hereby declare that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in full or in part, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- ई वहाँ मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिये हैं वे सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान देता हूँ तो मेरी आवेदन और जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने जो "उद्देश्य" बताया है, उसी उद्देश्य के लिए ही मैंने सहायता माँगी है, जो इस फॉर्म में बतलाया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे की रिक्ति नहीं की है और न ही भविष्य में करूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to authenticate/validate 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 activities/charity-works. 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.
- 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.
- इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में जोड़ें। इसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से इकट्ठा करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या इसकी गतिविधियों/आयुर्विहीन कार्यों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) आगे भी घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आपकी अनुमति के किसी भी अन्य स्रोत पर प्रकाशित नहीं किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) आगे भी घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आपकी अनुमति के किसी भी अन्य स्रोत पर प्रकाशित नहीं किया जा सकता है।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की मुद्रा



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करें)**

- 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:
- 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 source.
  - 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.
- हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगेगी, जहाँ तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता को संदर्भित करता है।
- हम घोषणा करते हैं कि हम अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगेगी, जहाँ तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता को संदर्भित करता है।
  - कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को उपचार देने का विकल्प हॉस्पिटल का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

<p><b>Dr. CHHA. GUPTA, RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b>                  Senior Consultant, स्निग्धता के लिए अनुमति                  Oculoplasty and Ocular Oncology Services                  Regd. No. 100745                  Dr. Shree's Charity Eye Hospital                  (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)                  डॉक्टर का नाम व इलाका व पता न.</p>	<p><b>Dr. SIMA DAS</b>                  Director                  Oculoplasty and Ocular Oncology Services                  Director, Medical Education Department                  Regd. No. 100751                  Dr. Shree's Charity Eye Hospital                  (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)                  नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी</p>
---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b>                  नामी इलाका 1</p> 	<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b>                  नामी इलाका 2</p> 
--	---



30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Divyansh- E/0925/0199

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Divyansh	Address/ Phone:	Village post-hileuli; district- Unnao Kanpur, U.P. - 208821	
MR N		DEL-G-25-01-0377	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

**Dr. SIMA DAS**

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Age: 44, 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Best Regards

Dr. Sima Das

**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**