

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E 0925 0201** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **15/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ANVI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **01 YEAR** SEX / लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहयोगी का नाम: **VIPIN (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
GALI NO-5, SARAKAWALA MOKASHI CHIVUKI COLONY, JANGEE PUR, HARIDWAR, UTTARAKHANDA-249402

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **FURNITURE SHOP (FATHER)** MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / आयकर पहचान संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो पता हो उसे चिह्नित करें): 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 / आवेदक से प्राप्त संबंध
1	VIPIN	33	MALE	FATHER
2	VEENA DEVI	30	FEMALE	MOTHER
3	VAANSH	07	MALE	BROTHER
4	TADU	11	MALE	BROTHER

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

SPL Card (Attach Card Copy) सौकीम कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) असह्यता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) सुरक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिखें अपने दिवसीय कारण:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - ES TUBERCULOSIS TREATMENT - AKRI, EUB, CHEMU

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES **NO**
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

I hereby confirm that assistance 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण मात्र एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णतः ही लिये किया जाएगा, जो इस प्रकल्प में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्यथा कोई भी अन्य प्राप्ति का आशिक या प्रस्ताव दिखाने किसी अन्य कोशिका/सहायक/दोना करने वाले से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करके)

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 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 प्रकल्प पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकल्प में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, प्रकाशनादयः द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकल्प को विवरण परे इत्यादि को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके)

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:

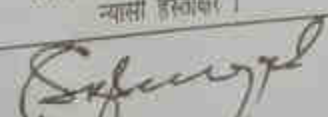
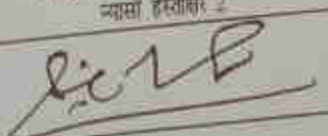
1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि सिफारिश/सहायक हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रस्ताव या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने को जारी रखा/रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12/9/25 19/9/25 22/9/25</p>	<p>Dr. CHHA GURTA Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Read No. 100743 Dr. Shroff's Eye Hospital</p> <p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE रोगी के लिए संस्तुति</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Department of Medical Education, Department Read No. 00291 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p></p>	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Anvi- E/0925/0201

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Anvi	Address/ Phone:	Gali no. - 5, Sagarivala, Mohalla Shivpuri Colony, Jagjeetpur, Haridwar, Uttarakhand- 249408	
MR N		DEL-G-25-09-3616	Age/Sex:	1 year.	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	17/09/2025	MRI	6500	1	6500
2	19/09/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
3	22/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
Total					11000

Dr. Sima Das
Specialist

Best Regards

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

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) ● MODI NAGAR ● RANIKHET