

DEL- G- 23- 01- 3062

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                            |                                              | Koshika<br>Foundation<br>Building block of life |                       |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| APPLICATION No. E/0925/0211                                                                |                                              | APPLICATION DATE: 25/09/25                      |                       |                         |
| NAME of APPLICANT: SHIVANSHU                                                               |                                              | AGE-YEARS: 3 YEARS                              | SEX: MALE             |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUSHIL RAJAR (FATHER)                                              |                                              |                                                 |                       |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAKAN NUMBER- 216, GRAM MADAL, JABALPUR, MADHYA PRADESH- 483326 |                                              |                                                 |                       |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:                                                               |                                              |                                                 |                       |                         |
| OCCUPATION: LABOURER (FATHER)                                                              |                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA    |                       |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 96,000 (FATHER)                                                       |                                              | (Attach Proof of Income)                        |                       |                         |
| PAN No.                                                                                    |                                              |                                                 |                       |                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No                    |                                              |                                                 |                       |                         |
| FAMILY DETAILS                                                                             |                                              |                                                 |                       |                         |
| Sr. No.                                                                                    | Name of Family Member                        | Age (Years)                                     | Gender                | Relation with Applicant |
| 1                                                                                          | SUSHIL                                       | 34                                              | MALE                  | FATHER                  |
| 2                                                                                          | RAJTI                                        | 29                                              | FEMALE                | MOTHER                  |
| 3                                                                                          | RIVA                                         | 11                                              | FEMALE                | SISTER                  |
| 4                                                                                          | SWATI                                        | 08                                              | FEMALE                | SISTER                  |
| 5                                                                                          | NIHARIKA                                     | 06                                              | FEMALE                | SISTER                  |
| 6                                                                                          | SIDYA                                        | 04                                              | FEMALE                | SISTER                  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                             |                                              |                                                 |                       |                         |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                                             | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy) | Ration Card<br>(Attach Copy)                    | Any Other Basis/Proof |                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE                                                        |                                              |                                                 |                       |                         |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                                     |                                              |                                                 |                       |                         |
| Sr. No.                                                                                    | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA                   |                                                 |                       |                         |
| 1                                                                                          | TREATMENT - SUR                              |                                                 |                       |                         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                             |                                              |                                                 |                       |                         |
| Sr. No.                                                                                    | NAME of OTHER SOURCE                         | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED              |                       |                         |
| 1                                                                                          | NA                                           | NA                                              |                       |                         |



# DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा झूठ का है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं जा रही हूँ, उनका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या समान विधायक किसी अन्य प्रतिष्ठान/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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.
- (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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इस "कोशिका" दस्तावेज, दान, वक्तव्य/दुर्घटना से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दस्तावेज, दान, वक्तव्य/दुर्घटना का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

सुशील

## 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:
- 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.
  - 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से समर्थन हेतु "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगीय में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत स्रोत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा निम्न अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के तहत कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद तथा रोगी/रोगीय हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सटीक जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
आपराधन की तारीख

29/9/25

Dr. CHINA, GUPTA

Head Consultant

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर और मुद्रा के साथ डॉ. का नाम

Dr. SINA DAS

Director

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Safarpur



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

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Dated to New NABH Accredited

30<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Shivanshu Rajak- E/0925/0211

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                   |                                      |                    |                                                           |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                   | Shivanshu Rajak                      | Address/<br>Phone: | Makan number- 216, Gram<br>madai, Jabalpur, M.P. - 483225 |             |
| MR N                                                                                               |                   | DEL-G-23-01-3052                     | Age/Sex            | 3 years                                                   | Male        |
| S. No.                                                                                             | Treatment<br>date | Items                                | Cost per<br>Unit   | No. of unit                                               | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 29/09/2025        | Examination under<br>Anesthesia(EUA) | 2000               | 1                                                         | 2000        |
|                                                                                                    |                   |                                      |                    |                                                           |             |
|                                                                                                    |                   |                                      |                    |                                                           |             |
|                                                                                                    |                   | <b>Total</b>                         |                    |                                                           | <b>2000</b> |

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

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

**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