

DEL-9-25-03-6899



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन फॉर्म

(Healthcare)  
(आरोग्य सहायता)

APPLICATION No.: **E/1025/0223** APPLICATION DATE: **14/10/23**

NAME of APPLICANT: **HIMANSHI** AGE YEARS: **03** SEX: **FEMALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME: **SONU SINGH KUSHWALA (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **B-6/23, NAND NAGRI, NORTH EAST, DELHI-110093**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: \_\_\_\_\_

OCCUPATION: **PENSINOR (FATHER)** MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **42,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. \_\_\_\_\_ 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SONU SINGH	30	MALE	FATHER
2	ARTI	28	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) परीची रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	-------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रशिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RETINAL ASTOMA
2	TREATMENT - MRI

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एी.पै. सहायता परी
	NA	

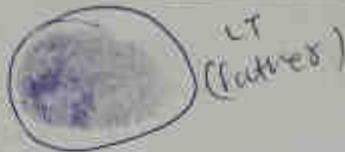
**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाला,**

- 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.
- 1) मैं यथासंभव बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं किसी पूर्व काल में प्राप्त प्राप्त प्राप्त प्राप्त है जो मेरी स्वास्थ्य निगरानी के लिए है।
  - 2) मैं यथासंभव बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जिसके लिए मैंने मदद मांगी है।
  - 3) मैं यथासंभव बताना हूँ कि मैंने स्वास्थ्य हेतु यह उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का उपयोग या काल में किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किया है और न ही भविष्य में किया।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)**

- 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-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 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.
  - 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 रूप में मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदन दान करने वाले के रूप में "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" समान, पता, फोटो/समय के माध्यम से मुझे भविष्य में और वर्तमान में मदद करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे रूप का विवरण को प्रचारित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक नौ उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" समान उद्देश्यों या विवरण अधिकृत और अधिकृत होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक को सहायता के अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करने वाला)**

- 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, हस्ताक्षरों को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) किन्हीं प्रकार से मान्य न समझते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/क्यापने में सौतेले या सौतेले हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रारंभिक सहायता से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे से स्पष्ट कहा जा सकता है कि सहायता वित्तीय मदद के लिए प्रदान की जाती है।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद/सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय है। रोगी पर हस्ताक्षर दान करने वाले सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर दोनों का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी को सहायता प्रदान करने और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई मुद्दा या विवाद नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
**Dr. CHHAVI BIRTA**  
 Adjunct Consultant  
 Oculoplasty and Ocular Oncology  
 Regd. No. 100745  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

Date of Surgery आवेदन को जारी 15/10/25	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	--



31<sup>st</sup> October 2025

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Himanshi- E/1025/0223

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Himanshi		Address/ Phone:	B-8/73, Nand Nagri, North East, Delhi - 110093.	
MR N	DEL-G-25-03- 8899	Age/Sex	3 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Apros. Cost
1	2025-10-15	MRI	6500	1	6500
		<b>Total</b>			<b>6500</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 : 011-43528816  
 E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR ● SAHARANPUR ● MEERUT ● LAKHIMPUR KHERI ● VRINDAVAN ● KAROL BAGH (DELHI) ● MODI NAGAR ● RANIKHET