

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

|                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                             |                                                   | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  |                                                         |                                                                                          |
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या : E/1225/0288                                                                                           |                                                   | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि 01/12/25                                                                            |                                                         |                                                                                          |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम IBRA                                                                                                  |                                                   | AGE-YEARS मातृ-वर्ष 01 YEAR FEMALE                                                                                  |                                                         |                                                                                          |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/हस्ताक्षर का नाम RASHID (FATHER)                                                                         |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>WARD NO.- 6 KHEPI KHADDIYA BARI<br>BARAN, RATASIMHAN - 325214.                           |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता                                                                                            |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय LABOURER (FATHER)                                                                                                 |                                                   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                                                         |                                                                                          |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय 1,20,000 (FATHER)                                                                                 |                                                   | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                                                  |                                                         |                                                                                          |
| PAN No. स्वाई खाता संख्या                                                                                                                |                                                   | Yes / No हाँ / नहीं                                                                                                 |                                                         |                                                                                          |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाये)          |                                                   | FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                         |                                                         |                                                                                          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग                                          | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                          |
| 1.                                                                                                                                       | RASHID                                            | 24                                                                                                                  | MALE                                                    | FATHER                                                                                   |
| 2.                                                                                                                                       | IBRA                                              | 24                                                                                                                  | FEMALE                                                  | MOTHER                                                                                   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                              |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| SPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                              |                                                   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                         | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                          |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                                             |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | DIAGNOSIS TREATMENT - RETINOPATHY EYE MRI         |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| 1.                                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| 2.                                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? NO |                                                   |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम AA      |                                                                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |                                                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:  
 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लिया।

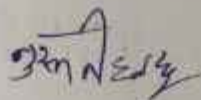
**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/का दाने उद्देश्य से मुझे वितरित/विपणित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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 और से मामले/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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिमय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल क्षीयन चरम उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णिकता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. CHHAVI GUPTA

Dr. CHHAVI GUPTA

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Director, Medical Education Department  
 Regd. No. 00291  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

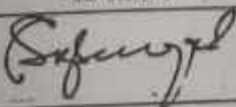
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

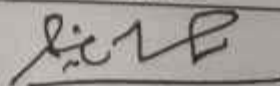
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यासी हस्ताक्षर 2







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

Caring for the community since 1922...

30 September, 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Ibra- E/1225/0288

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                   |                                 |                    |                                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                   | Baby Ibra                       | Address/<br>Phone: | Ward no. - 06, Khedi gaddiya kheri baran,<br>Rajasthan- 325219 |             |
| MR N                                                                                               |                   | DEL-G-25-05-0552                | Age/Sex            | 1 year                                                         | Female      |
| S. No.                                                                                             | Treatment<br>date | Items                           | Cost per<br>Unit   | No. of unit                                                    | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 2025-12-01        | Examination under<br>Anesthesia | 2000               | 1                                                              | 2000        |
| 2                                                                                                  | 2025-12-31        | MRI                             | 6500               | 1                                                              | 6500        |
|                                                                                                    |                   |                                 |                    |                                                                |             |
|                                                                                                    |                   | <b>Total</b>                    |                    |                                                                | <b>8500</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 : 011-43528818

E-mail : scejh@scejh.net, Website : www.scejh.net

**OTHER CENTRES**

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)