

DEL-G-23-07-4206

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता के लिए आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

APPLICATION NO.: E/1224/0286

APPLICATION DATE: 16/12/24  
प्राप्ति दिनी

NAME OF APPLICANT:

MAST KARTIK

AGE/YEARS: 4 YEARS

SEX: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

DHANVEER (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान जारी रखें

VILLAGE: DHANVEER DISTRICT: SHAHJAHANPUR, UTTAR PRADESH - 2033205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान जारी रखें

**Koshika**  
foundation  
Building block of life



OCCUPATION: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

84,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)

PAN No. लंबाई छाती संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)

Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवर्त विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवर्त के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के बाहर स्थित
1	DHANVEER	25	MALE	FATHER
2	NEELA	30	MALE	MOTHER
3	MILIND SHIV	05	MALE	FATHER
4	TASWIR	03	MALE	UNCLE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए चिह्नित आवश्यक

BPL Card  
(Attach Card Copy)  
राज्यों द्वारा दिए गए उपभोग वाले  
(प्रमाण पत्र को लागू करने के लिए)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
उत्तर भारत के लिए, यह  
(प्रमाण पत्र को लागू करने के लिए)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उत्तर प्रदेश के  
(प्रमाण पत्र को लागू करने के लिए)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई संकेत

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता के लिए चिह्नित का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached  
रिपोर्ट/ट्रेक्स के साथ चिह्नित करने के लिए संलग्न

DIAGNOSIS - RETINOBlastoma  
PROCEDURE - SURG. CHEMO.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
सहायता के लिए चिह्नित कोई अन्य स्रावण किसी अन्य स्रोत से लिया जाता है?

NO

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
की जरूरी सहायता राशिSr. No.  
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

NAF

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा कहा जाता है।

- 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 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 application is recorded.
- 1.1 मैं याकूब बुरा हूँ कि: इस प्रकार मेरी यह अपनी सभी जानकारी के अनुसार यह यह यही है कि कोई वित्तीय रूप आवेदन लाभ या लाभ है तो उसे मालामाल वित्तीय की जगह नहीं है।
- 2.2 मैं प्राप्त की गयी "कोशिका वार्षिकी" ये नीचे दी है। इसका उपयोग इसी लिए है जो इस वर्ष द्वारा दिया गया है। इस समय तक यह नहीं है।
- 3.3 मैं यूरो यात्रा के लिए वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं हूँ कि यह यही है कि यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** आवेदक का लिए।

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to republish/repurpose/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 fulfilment 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 वर्ष का लाभ वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। (वर्षावाला) अपनी सभी की योग्यता है कि "कोशिका वार्षिकी" को लाभदाता करता है कि यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। इसे "कोशिका" एवं नाम, वर्ष, वित्तीय रूप आवेदन के द्वारा वित्तीय रूप आवेदन के लिए वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है।
- 2) पृष्ठ | वर्षावाला) इस वर्ष के सभी हैं जो योग्य यथा, यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है।

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

वर्षावाला के लाभ के लिए योग्य यथा वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है।

**AGREEMENT by HOSPITAL:** अस्पताल का।

By affixing herunder, 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/purpose, 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.
- 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 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 this matter.

इस वर्षावाला की ओर से याकूब बुरा की "कोशिका वार्षिकी" के लिए वित्तीय रूप आवेदन की जगह है। यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है।

1) यह यही वित्तीय रूप आवेदन के लिए वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। इसे "कोशिका वार्षिकी" का लाभदाता करता है।

2) यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। इसे "कोशिका वार्षिकी" का लाभदाता करता है।

3) "कोशिका वार्षिकी" के लिए वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है। यह यही वित्तीय रूप आवेदन की जगह नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृति का लिए योग्य

Dr. SHIVA DAS

Director  
Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department  
Designation & stamp of Authorised Signatory  
Head of Department  
Dr. Shiva Das on behalf of Hospital

Date of Surgery अस्पताल की तिथि 19/12/2024	Dr. CHHAVI GUPTA Associate Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services (Name, NPI/HCN No. with Stamp) Dr. Shiva Das on behalf of Hospital	RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति का लिए योग्य
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

स्वीकृत राज्यों के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम उल्लेख :

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम उल्लेख :

31st December 2024

Dear Mr. Tandon,

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mst. Kartik Kumar- E/1224/0288

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

**Estimate cost of treatment  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Retinoblastoma Surgeries**

Name:		Mst. Kartik Kumar	Address/ Phone:	Village Dhuria, District Shahjahanpur, Uttar Pradesh-243205	
MR. N.		DEL-G-23-07-4206	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-12	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024-12-30	Chemotherapy	2500	1	2500
Total					4500

Best Regards,

Dr. Smita Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

**DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL**

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Phr. 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : [scoeh@soeh.net](mailto:scoeh@soeh.net), Website : [www.scoeh.net](http://www.scoeh.net)**OTHER CENTRES**

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