

DEL-4-24-11-4064



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **E/1225/0308** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **12/12/25**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **KUNAL JAISWAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष **9 YEARS** SEX लिंग **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम **VIJAY JAISWAL (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव आवासीय पता
DEERI, VAISHALI, BIHAR - 849504

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **1,08,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 संबंध
1.	VIJAY	36	MALE	FATHER
2.	KADHA	33	FEMALE	MOTHER
3.	SHREYA	17	FEMALE	SISTER
4.	MUSKAN	15	FEMALE	SISTER
5.	KRISH	12	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINARLASTOMA
2.	TREATMENT - GUA, MEMO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?

NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौं गई सहायता राशी
	MA	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.

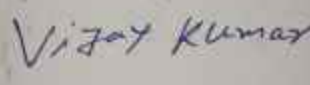
- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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.
- 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.

- इस दायरे पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी खासगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दायरे में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, सहायक/दुर्लभ उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दायरे का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायक का इलाज नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस उसके न्यायीयों 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 करण)

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:

- 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.
- 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 को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से प्रायः व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से तो मैं सहायक केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा मैं नहीं जानता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सूझा और करने करने को जारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का विनियमों इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/12/25</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA का लिय संस्तुति Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shree's Charity Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाकर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> 	<p>Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Reg. No. 00291 Dr. Shree's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> 
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 </p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 </p>
--	---



Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kunal jaiswal- E/1225/0308

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kunal jaiswal	Address/ Phone:	Deeri, vaishlai, Bihar- 844504	
MR N		DEL-G-24-11-4064	Age/Sex	9 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-18	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2025-12-18	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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)