

DEL-P-25-07-5250



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/1225/0311** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **18/12/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SHRIYANSH KUMAR** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **03 YEARS** SEX / लिंग: **MALE**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **INDRAJEET KUMAR (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
VILLAGE BARI VADPUR THANA-SITAPURMI, WARD No. - 10, BARIKAPUR, BILHAR - 843302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (निविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1,20,000 (FATHER)**

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

PAN No. / स्वयं 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 निशान लगायें)

Yes / No
 हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	
1.	INDRAJEET	30	MALE	FATHER
2.	KAMINI	27	FEMALE	MOTHER
3.	PIAU	4.5 MONTHS	FEMALE	SISTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे कबे विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
Sr. No. / क्रम संख्या	
1.	DIAGNOSIS - RETINAR LASIOMA
2.	TREATMENT - EIA

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

No

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
	ND	

DECL-2025

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परत पाया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से न तो भविष्य में न तो किसी अन्य स्रोत/रोगियों/बीमा कम्पनी से मदद लेना है और न ही कथित एवं कथन।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और उसकी "उद्देश्यों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग हैं, जिनके "उद्देश्यों" के लिये मैंने मदद मांगी है, इनके द्वारा मुझे उपचार या मदद मिलेगी और मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इससे पहले कि मैं किसी भी प्रकार से मदद मांगूँ, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को प्रसारित करने से पहले कि मैं किसी भी प्रकार से मदद मांगूँ, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने से पहले कि मैं किसी भी प्रकार से मदद मांगूँ, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है। कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को मेरी मदद मांगने के लिए अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Safuraj

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:

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 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 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.

हमारे अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्ताव/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभार लेनी/पाने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभार के अन्वय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकांश/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उभार लेनी/पाने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SHIVA DAS
Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Oculoplasty and Ocular Oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00295
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
19/12/25

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिभूत अधिकाारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safuraj

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]



Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Shriyansh kumar- E/1225/0311

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Shriyansh kumar	Address/ Phone:	Village bari yadpur, Thana- sitamarhi, Ward no.- 10, Bariaurpur, Bihar- 843302	
MR N		DEL-P-25-07-5250	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-19	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

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@scah.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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