

DEI-4-23-01-2026

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (आवकता के लिए आवेदन फॉर्म)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Building Health & Hope		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0125/0316		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 06/01/25			
NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले का नाम: DIPTI		AGE / YEARS / आयु / वर्ष: 04 YEARS FEMALE			
FATHER'S DISPOSABLE INCOME / पिता का उपलब्ध आय: HARINDER (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: H.NO. - 30, B-5TH, JAHNAPUR, DEHI					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:					
OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)		MARRIED (Yes/No) / शादी (हाँ/नहीं):			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 36,000 (FATHER)		(Mark Percent of Income) / (आय का प्रतिशत दर्शाएं):			
PAN No. / PAN संख्या:					
ARE YOU AN ELIGIBLE TAX RESIDENT? (This information is applicable if you are not a citizen of India) / क्या आप एक योग्य कर निवासी हैं? (यदि आप भारत के नागरिक नहीं हैं, तो इस जानकारी लागू है):					
FAMILY DETAILS / परिवार की जानकारी					
Sl. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करने वाले से संबंध	
1	HARINDER	37	MALE	FATHER	
2	ANJALI	36	FEMALE	MOTHER	
3	AYUSH	02	MALE	BROTHER	
4	CHANDRANATHI	60	FEMALE	GRANDMOTHER	
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (This information is applicable if you are not a citizen of India) / आधार: आपकी सहायता के लिए निवेदन करने का कारण (यदि आप भारत के नागरिक नहीं हैं, तो इस जानकारी लागू है):					
SPL Card (Attach Card Copy) / बीपीएल कार्ड (प्रत जोड़ें)		PWD Certificate (Attach Certificate Copy) / पीव्हीडी प्रमाणपत्र (प्रत जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रत जोड़ें)	
Any Other Bank/Passbook / कोई अन्य बैंक/प्रमाणपत्र					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता के लिए निवेदन करने का कारण:					
Sl. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / जोड़े गए चिकित्सा रिपोर्ट/प्रातिपत्रिकाएँ				
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY				
2	TREATMENT - LASER				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या आप किसी अन्य स्रोत से "एक ही उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त कर चुके हैं?					
Sl. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / सहायता का राशि		
	NA				

DECLARATION by APPLICANT (पदार्पक को ध्यान में रखते हुए):

- (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 reimbursement.
- (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, seek or accept assistance in part or in full, from any other source/agency/person/organization, at the present or in future (for assistance is requested).
- (4) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।
- (5) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (पदार्पक को ध्यान में रखते हुए):

- (1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photograph, address, phone & details of the "purpose", for which such assistance is requested/provided, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation either 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 photo, address, phone & details of the "purpose", for which such assistance is requested/provided, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting 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.
- (3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।
- (4) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

पदार्पक की हस्ताक्षर या बायाँ तलव अंग छाप:


AGREEMENT by HOSPITAL (पदार्पक को ध्यान में रखते हुए):

- By affixing hospital signature or our Authorized Signature for reconfirming the commitment for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- (1) that we neither give patients nor will in future seek of financial assistance from another NGO or any other source, for the same purpose, as we are receiving it from Koshika Foundation, in the extent that such assistance is provided 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. The confirmation essentially states that the Hospital will not seek any duplicate assistance for the same purpose from any other NGO or any other source.
- (2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The nature of the responsibility/obligation provided/conducted by the Hospital on the subject, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and not the way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume no & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- पदार्पक के हस्ताक्षर या बायाँ तलव अंग छाप के साथ मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।
- (3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।
- (4) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिए हैं वे सच हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

पदार्पक को ध्यान में रखते हुए:

Dr. Smita Das
Director

Endovascular and Interventional Radiology Services
Director, Medical Imaging Department

Regd. No. 0020

Dr. Smita Das
(Name, Designation & Stamp of Hospital Signature
on behalf of Hospital)
10/01/2025

Date of Surgery
अपेक्षा की तिथि

10/01/25

Dr. CHIRAG GUPTA
Assistant Consultant

Interventional and Endovascular Services
Regd. No. 107743

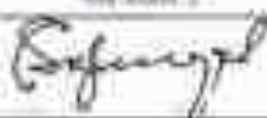
Dr. Chirag Gupta
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

10/01/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए):

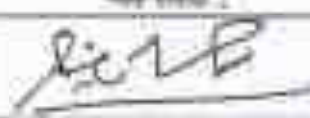
SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: डॉ. चिराग गुप्ता



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: डॉ. चिराग गुप्ता





Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Celebrating 100th Anniversary since 1922

31st January 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Dipu Dipu- E/0125/0116



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Sector-14, New Delhi-110032

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgery					
Name	Baby. Dipu Dipu		Address/ Phone	H no. B- 534, Jharghwal, Delhi 110033	
MRN	DEL-G-23-01-2025		Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost.
1	2025-01-10, 2025-01-20	ESD	2000	2	4000
		Total			4000

Best Regards

Dr. Nima Das

Director

Ophthalmic 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 : scch@scch.net, Website : www.scch.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VARANASI • KARTI, BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • BANGHET