

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION No. : **E/1225/10318** APPLICATION DATE : **24/12/25**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MAST DEV** AGE-YEARS : **04 YEARS** SEX : **MALE**  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **OMDAIT SHARMA (FATHER)**  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **DASHI MAPUR, DHANSA, GAUTAM BUDDHA NIGAR, BANEAPUR, U.P.-203155.**  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **साई आवासीय पता**



OCCUPATION : **FARMER (FATHER)** MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **96,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : **साई खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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.	<b>OMDAIT</b>	<b>38</b>	<b>MALE</b>	<b>FATHER</b>
2.	<b>RAJNI</b>	<b>35</b>	<b>FEMALE</b>	<b>MOTHER</b>

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - RETINARBLACTOMA</b>
2.	<b>TREATMENT - EVA</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है? **NO**

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशी
	<b>AM</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** मैंने इस प्रारूप पर:

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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ सहायक राशि गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं किसी सहायक राशि या भुगतान को प्राप्त नहीं करूँगा, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो कि सहायता के लिए है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 it's 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 it's 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.

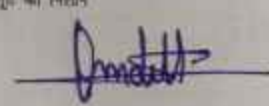
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को सत्य सहायक, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये जा रहे हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछ विज्ञापित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या भार से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 (father)

**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 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 ओर 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 गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत अतिरिक्त/अलग हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/रूप हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने जाने की मात्रा, जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

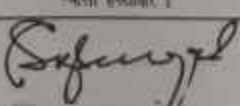
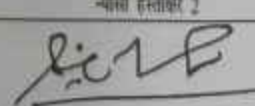
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Dr. CHHAVI GUPTA**  
Adjunct Consultant,  
Culoplasty 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.

**Dr. SIMA DAS**  
Director  
Culoplasty and Ocular Oncology Services  
Director, Shroff's Charity Eye Hospital  
Regd. No. 00291  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अनन्तरिक उपयोग हेतु

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यासी हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यासी हस्ताक्षर 2
	



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

Caring for the community since 1922...

30<sup>th</sup> 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 Dev Sharma- E/1225/0318

<b>Estimate cost of treatment</b> <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> <u><b>Retinoblastoma Surgeries</b></u>					
Name		Dev Sharma	Address/ Phone:	Dashmapur, Dhansia, gautam buddha nagar, Bankapur, U.P. - 203155	
MR N		DEL-P-23-11-1594	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-12-27	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</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 : 011-43528816

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

**OTHER CENTRES**

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