

DEL-4-24-02-5893

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika FOUNDATION Building Health & Life		
APPLICATION No. (आवेदन संख्या): E/0125/0918		APPLICATION DATE (आवेदन तिथि): 25/01/25		
NAME OF APPLICANT (आवेदक का नाम): BABY KHUSHI		AGE (आयु): 04 YEARS	SEX (लिंग): FEMALE	
FATHER'S/OFFICER'S NAME (आवेदक के पिता का नाम): SUNNY (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास का पता): K/117, HITEE JJ COLONY, RAGHUBIA NGA, TAGORE GARDEN, DELHI-110027				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास का पता):				
OCCUPATION (व्यवसाय): HAWKER (FATHER)		MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय): 90,000 (FATHER)		Attach Proof of Income (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
FAN No. (आय कर का क्रमांक):				
DO YOU AN INCOME TAX ASSISTANCE (आय कर से सहायता चाहिए) (Yes/No) (हाँ/नहीं)				
FAMILY DETAILS (परिवार का विवरण)				
Sl. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (आयु (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक से संबंध)
1.	SUNNY	29	MALE	FATHER
2.	MISHA	25	FEMALE	MOTHER
REASON FOR REQUESTING ASSISTANCE (सहायता के लिए कारण दें):				
DPL Card (आय कर का कार्ड)		BWS Certificate (आय कर का प्रमाण)		Ration Card (आय कर का प्रमाण)
"PURPOSE" FOR REQUESTING ASSISTANCE (सहायता के लिए कारण दें):				
Sl. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आय कर से संबंधित प्रमाण)			
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
2.	TREATMENT - ECA			
ASSISTANCE BEING AVAILED BY SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES (सहायता का प्रमाण प्रस्तुत करें)				
Sl. No. (क्र. सं.)	NAME OF OTHER SOURCE (आय कर का प्रमाण)	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED (सहायता का प्रमाण)		
	NA			



**DECLARATION by APPLICANT ( follow up form no )**

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 & any assistance I am seeking null & void.

2) I hereby confirm that all assistance, if received from Koshka 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 solicit any other financial/medical/insurance assistance, of the amount for which I am seeking assistance in this form.

4) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

5) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

6) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

**AGREEMENT by APPLICANT ( follow up form no )**

1) By affixing my signature at the bottom of this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshka Foundation and its Trustees to use my personal information (my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested) through any means, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshka Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshka 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, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision on granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshka Foundation, and their decision is final and irrevocable.

3) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

4) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

5) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEGAL TRUSTEE'S SIGNATURE ( follow up form no )**

Signature: 

**AGREEMENT by HOSPITAL ( follow up form no )**

By affixing my stamp/signature of my Authorized Signatory for recommending the candidate for financial assistance from Koshka Foundation, we (Hospital) hereby agree & accept following:

1) That we neither are presently nor will in future seek or receive financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, as we are seeking to get from Koshka Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshka Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshka 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 seek any duplicate assistance for the same patient/cases from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshka Foundation is only financial in nature. The extent of the medical procedure advised/recommended by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way influenced by Koshka Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshka Foundation will have no role or responsibility in the matter.

3) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

4) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

5) मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है। मैं यहाँ यहाँ कि मैं जो जानकारी दे रहा हूँ वह सच है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. GURVINDER SINGH  
 Assistant Consultant,  
 Subspecialty and Trauma Oncology Services  
 Regd. No. 123745  
 (Name, Designation & Regd. No. with Stamp)  
 नाम और पद के साथ मुद्रा के साथ

Dr. SURENDRA  
 Director  
 Oncology and Radiotherapy services  
 District Cancer Control Department  
 Regd. No. 12345  
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम और पद के साथ मुद्रा के साथ

**FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION ( follow up form no )**

SIGNATURE of TRUSTEE I ( नाम और पद )

SIGNATURE of TRUSTEE II ( नाम और पद )



21<sup>st</sup> January, 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital.

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Khushi- 100 (23/0318)



Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinal/Oculoplasty Services					
Name	Baby, Khushi		Address	W2/T, Hias-15B, JJ colony, Rajghat nagar, Tagore garden, Delhi-110027	
MRN	DEL-G-24-03-8883		Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Name	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2023-01-27	ESIA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

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

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

Ph: 011-4352 4444, 4352 8888, Fax: 011-43528816

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

**OTHER CENTRES**

ALWAR • SAHARANPUR • BEEHAT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAWAN • KAROL BAGH (DELHI) • MOOYNAGAR • RAIRHET