

Del-4-23-09-4198



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E / 0126 / 0338**

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: **1/1/26**

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: **HIMANSHU**

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **07 YEARS**
SEX / लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/सहोदर का नाम: **DHANVEER (FATHER)**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

DWARKA, SHAHSANAI PUR - 202305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

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

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **120,000 (FATHER)**

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

PAN No. / आय का संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो-उम्र पर सही का चिह्न लगाये)

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 सम्बन्ध
1.	DHANVEER	35	MALE	FATHER
2.	KARTIK	03	MALE	BROTHER
3.	NEELAM	32	FEMALE	MOTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च श्रेणी के लोग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति सतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति सतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति सतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये कितनों का उद्देश्य:


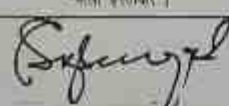
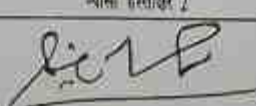
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची सतान
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY & TOMA
2.	TREATMENT - G/A

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

NO

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:	
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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण/आधार प्राप्त नहीं है तो सभी महाशय विवरण को खारिज कर सकते हैं। 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका प्रयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है। 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता के लिए और न ही भविष्य में उद्देश्य।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)	
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 is in this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रश्न में अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न लक्षण, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित है। उसे "कोशिका" चरम न्यायोप, दान, संचारण/एक दूसरे उद्देश्य में मुझे गतिविधिपूर्ण और वित्तिय/सहायता के लिए किसी भी प्रकार/प्रकार में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निष्पत्ति पर हस्ताक्षर करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" चरम न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कबल)	
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. हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से घोषित/स्वीकृति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) वित्तिय सहायता से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता सहायता के किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण स्वीकार/स्वीकृत हेतु सफल नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता सहायता के किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता सहायता के किसी अन्य सहायता से नहीं उपलब्ध है। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हस्ताक्षर के बीच के विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर/सुरक्षा और अन्य बातें जो सहायता सहायता से ही हस्ताक्षर को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस सम्बंध में नहीं होती।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
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 मुद्रा:	Dr. SHANKAR JAIN Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 00291 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम तथा पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2
	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1892



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Himanshu Kumar- E/0126/0338

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Himanshu Kumar	Address/ Phone:	Dhuria, Shahjahanpur- 242305	
MR.N		DEL-G-23-07-4198	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-01	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2026-01-02	MRI	6500	1	6500
		Total			8500

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) • MODI NAGAR • RANIKHET