

DEL-C-25-12-2495

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Dreams of Life

APPLICATION No. आवेदन संख्या	E/0126/0343	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	3/1/26
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	ANANYA YADAV	AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)	05 YEARS
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	AJIT YADAV (FATHER)	SEX (लिंग)	FEMALE
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता)			
VILLAGE - UKAROURA HOUSE - 150, POST OFFICE - LIAZIPUR, AZAMGARH, U.P. - 226001.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवासीय पता)			



OCCUPATION व्यवसाय	UNEMPLOYED (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	36,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. (सवाई 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 चिह्न लगाएं)	Yes / No 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.	AJIT	33	MALE	FATHER
2.	RINKU	31	FEMALE	MOTHER
3.	SESMA	38	FEMALE	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

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

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले को)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will result in my Application & ongoing assistance, if any, being terminated/cancelled.
 - 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.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other health/medical/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बताया गया हो तो मैं उसे सही करने के लिए तैयार हूँ।
 - मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता के पैसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग होंगे, जो इस आवेदन में बताया गया है।
 - मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस सहायता हेतु मैं किसी भी तरह से अन्य स्वास्थ्य/बीमा/बीमा कंपनी से न तो पैसा ले रहा हूँ और न ही लेने का इरादा रख रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले को)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/reproduce/photograph/scan 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.
 - 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.
- इस आवेदन पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान देकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को आवश्यक रूप से "मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण" इस आवेदन में बताए गए हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रिंट, ऑनलाइन, या अन्य माध्यमों के माध्यम से इकट्ठा करने के लिए प्रयोग किए जा सकते हैं। इस उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को "मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण" का उपयोग करने की अनुमति दी जाती है।
 - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रयोग किए जा सकते हैं, स्वतः ही सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं देता। "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मैं स्वतंत्र रूप से अन्य सहायता प्राप्त करने का अधिकार रखता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हम (हॉस्पिटल) यहाँ पर अपना हस्ताक्षर देकर इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहे हैं:
- यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम (हॉस्पिटल) को उक्त रोगी/रोगी के लिए कोई भी अतिरिक्त सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के मामले/रोगी के लिए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और रोगी के डॉक्टर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम (हॉस्पिटल) को रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों का ध्यान रखना होगा।

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjuvant Consultant
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आपरेसन की तारीख
5/1/26

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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 Baby. Ananya Yadav- E/0126/0343

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Ananya Yadav	Address/ Phone:	Village ukaroura, House no: 150, Post office hafzpur, Azamgarh, U.P - 276001	
MR N		DEL-C-25-12-2495	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-05	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500


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