

SRE - (23204 - 0321)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : E/0126/0346		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 6/1/26		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SUFINAN		AGE-YEARS आयु-वर्ष 6 YEARS	SEX लिंग MALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम SHAHJAD (FATHER)				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता KUTUBPUR, WAZIRPUR, MANSABATHA, SAHARA - -NIPUR, U.P. - 247132.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
OCCUPATION : व्यवसाय DRIVER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 1,80,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No 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 सम्बन्ध
1.	SHAHJAD	45	MALE	FATHER
2.	RUBANA	25	FEMALE	MOTHER
3.	SUFIYA	2	FEMALE	SISTER
4.	JAVED	24	MALE	UNCLE
5.	ABRAR	18	MALE	UNCLE
6.	MENKAJ	15	FEMALE	GRUNT
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोद आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रिकॉर्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - RETINORINASTOMA			
2.	TREATMENT - EVA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? NO				
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 (आवेदक द्वारा करना)

- 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 rescission/revocation.
- 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रकार से दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता ले रहा हूँ। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है। इस राशि का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी में न तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

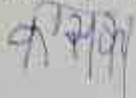
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/photograph 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 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.

- 1) इस प्रकार से अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पूर्ण करता है कि "कोशिका फाउण्डेशन" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार से प्रेषित हैं, उन्हे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित, प्रिंट, प्रकाशकों द्वारा प्रकाशित, वेब पोर्टल/वेबसाइट और उपस्थितियों में लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से यकीन अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके व्यक्तियों का विवरण और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करना)

- 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 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.
 - 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.

- इसमें अधिकृत हस्ताक्षर की जाते हैं सहायता लेने वाले को "कोशिका फाउण्डेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) कितने प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता मिली नहीं/अपूर्ण/असहमत हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 - 2 "कोशिका फाउण्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत दवा दी गई सलाह या कितने रूप उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हस्ताक्षर कर रोगी का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्ष और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS
Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant

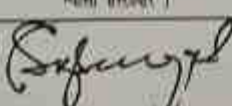
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

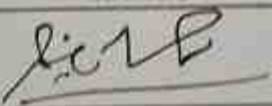
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07/1/26

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2




30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Sufiyan- E/0126/0346

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Sufiyan	Address/ Phone:	Kutubpur, Wajidpur majbatra, Saharanpur, U.P. - 247732	
MR N		SRE-C-23-04-0321	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-07	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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