

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **E/0126/0349** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **6/1/26**

NAME of APPLICANT आवेदन करने वाले का नाम: **MYANK** AGE-YEARS उम्र-वर्ष: **03 YEAR** SEX लिंग: **MALE**

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:  
**VILLAGE - BABAI, BILHAR, MUST - JALAI, NALANDA, BIHAR - 801301**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता:

OCCUPATION व्यवसाय: **PRIVATE JOB (FATHER)** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: **1,44,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सत्यापन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हा / 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	RAVI SHANIKAR	34	MALE	FATHER
2	MANISHA	29	FEMALE	MOTHER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को 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.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
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 - अर्थक द्वा कर्ता:**

- 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 termination/cancellation.
  - 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यथाथः कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी उम्मीद विरत की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात का यथाथः प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परा गया है।  
 3) मैं यथाथः कर्ता हूँ कि मैंने आगत हेतु पर अर्थक की गई है, उस रकम का आर्थिक या प्रकृत विना किसी अन्य स्रोत/रोगे/मायले से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा कर्ता):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicity/out-upt-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान करके (अर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी' द्वारा, प्रकृत/प्रकाश के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा परत का विवरण मेरे इलाज के पुराने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वा कर्ता):**

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) विना प्रकृत से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत आर्थिक/सहाय हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/मायले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे अस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या बिम्बधारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS  
Director

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 Adjunct Consultant,  
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
 Regd. No. 100745  
 Dr. Straff's Charity Eye Hospital

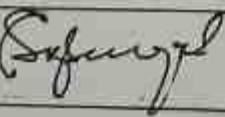
Oculoplasty and Ocular oncology services  
 Director, Medical Education Department  
 Regd. No. 00291  
 Dr. Straff's Charity Eye Hospital

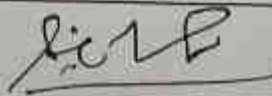
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 21/1/26

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यायी हस्ताक्षर 1  


SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यायी हस्ताक्षर 2  




30<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Myank- E/0126/0349

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast. Myank	Address/ Phone:	Village babu bigha, Post jagaj, Nalanda, Bihar- 801301	
MR.N		DEL-C-23-10-2889	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-07	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			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