


<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building Piece of Me	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: <b>E/0126/0351</b>		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: <b>7/1/26</b>		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: <b>ANSH</b>		AGE-YEARS आयु-वर्ष: <b>5 YEARS</b>	SEX लिंग: <b>MALE</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: <b>AMIT (FATHER)</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता				
<b>OPAL RASHI SHERKARI ROAD KUSHIKAWA, CRURAH, DISTRICT - MATHURA, U.P. - 281009</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता				
OCCUPATION: व्यवसाय: <b>LABOURER (FATHER)</b>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: <b>1,20,000 (FATHER)</b>		(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ): 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 सम्बंध
1.	AMIT	29	MALE	FATHER
2.	MANJU	23	FEMALE	MOTHER
3.	ANJITA	03	FEMALE	SISTER
4.	ANVIT	09 MONTHS	MALE	BROTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेशन के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<b>DIAGNOSIS - RETINOCYSTOMA</b>			
2.	<b>TREATMENT - CHEMOTHERAPY</b>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? <b>No</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
	<b>NA</b>			

**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा भरण करना)

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 the assistance is being requested.

1) मैं यहाँ बताना चाह रहा हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सारे सच बताए हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ सच बताना चाह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही उपयोग, जो इस प्रश्न में बताना गया है।

3) मैं यहाँ बताना चाह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रशंसित को नहीं है, न तो वर्तमान या भविष्य में कहीं से भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करण)

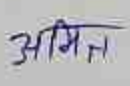
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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.

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एचएम, प्रसारण, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उद्देश्य के प्रचारण करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रशंसित है पूर्णतः सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएम, ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करण)

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 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.

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय स्वीकार/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय सहायता हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

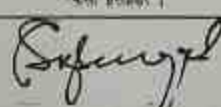
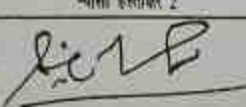
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को हमें ज़िम्मेदार होगा एवं हस्पताल को हानी और "कोशिका" को कोई धुंधला या हानिकारक इस सम्बंध में नहीं होगी।

**Dr. CHHAVI GUPTA** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
Adjunct Consultant, स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

<b>Date of Surgery</b> ऑपरेशन की तारीख	<b>Oculoplasty and Ocular Oncology Services</b> Regd. No. 100745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	<b>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</b> नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
8/1/26		

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

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> रखनी हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> रखनी हस्ताक्षर 2
	



00<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Ansh Ansh- E/0126/0351

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Ansh Ansh	Address/ Phone:	Gopal bagh, shergarh road, Koshikalaw, Rural, District- Mathura, U.P. - 281403	
MR N		VRN-E-25-01-2064	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-08	Chemotherapy	2500	1	2500
		<b>Total</b>			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