

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **E/0126/0358** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **12/1/26**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **RASHI** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **04 YEARS** SEX लिंग: **FEMALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम का नाम: **RAVIKANT (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **GOVERDHAN, DISTRICT - MATHURA, U.P. - 281502.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **120,000 (FATHER)** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / आय का प्रमाण संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हाँ  No / 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 संबंध |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| 1.                    | RAVIKANT   | 30                        | MALE          | FATHER                                       |
| 2.                    | PREMIYATI  | 25                        | FEMALE        | MOTHER                                       |
| 3.                    | DAI  | 10                        | FEMALE        | SISTER                                       |
| 4.                    | KRISHNA  | 11                        | FEMALE        | SISTER                                       |
|                       | KIVANSH  | 07 MONTHS                 | MALE          | BROTHER                                      |

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

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>दरपकेता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|--|

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

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions     |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1.                    | DIAGNOSIS - <b>RETINOBLASTOMA</b> |
| 2.                    | TREATMENT - <b>CHEMOTHERAPY</b>   |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? **No**

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
|                       | <b>NA</b>                                |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें**

- 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.
  - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो आर्थिक सहायता मुझे उपलब्ध होगी उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिले और न ही भविष्य में मिलेगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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 ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि: मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, धारकता/दुर्घटने/उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इलाज के पहले के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे एकल: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का विचार अंतिम और धारककारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Dr. Vikram*

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

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 और से घोषित-उद्देश्यों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु प्रस्तावित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे पर स्पष्ट कदा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जान-जान को सब से जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारों इस घोषणा में नहीं होंगे।

*Dr. SIMA*  
Director

**Dr. CHHAVI GUPTA**  
Adjunct Consultant  
Oculoplasty and Ocular Oncology Services

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department

Date of Surgery

13/1/26

Regd. No. 100745  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

*[Signature]*

Regd. No. 00291  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2

*[Signature]*



30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Rashi- E/0126/0358

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                  |                    |   |             |
|--|----------------|------------------|--------------------|---|-------------|
| Name:  |                | Baby, Rashi      | Address/<br>Phone: | Govardhan, District - Mathura, U.P. -<br>281502 |             |
| MR N   |                | VRN-P-22-11-0838 | Age/Sex            | 4 years   | Female      |
| S. No.   | Treatment date | Items            | Cost per Unit      | No. of unit                                     | Aprox. Cost |
| 1  | 2026-01-13     | Chemotherapy     | 2500               | 1   | 2500        |
|  |                |                  |                    |   |             |
|  |                | <b>Total</b>     |                    |   | <b>2500</b> |

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