

DEL-P-2601-2880

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : E/0126/0360 APPLICATION DATE : 13/1/26
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PRATIK AGE-YEARS : 2 YEARS SEX : MALE
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARJUN SINGH (FATHER)
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : HINDU - 694, GALI NO - 15, A BLOCK, MUKHANDPUR, DELHI - 110042.
वर्तमान अस्थायी पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : _____
स्थायी अस्थायी पता



OCCUPATION : PRIVATE JOB (FATHER) MARRIED (किया/किए) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 180,000 (FATHER) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का माध्य प्रमाण)

PAN No. : _____
आय कर पहचान 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 लगाए) Yes / No

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	ARJUN	35	MALE	FATHER
2	ARPIITA	31	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई माध्य

"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 - RETINAL ASTOMA
2.	TREATMENT - GVA, CHAMOIS. PAPER, MRY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है? NO

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता राशि
	<u>AA</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा नीचे का-

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 this assistance is requested).

1) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही करने अथवा गलत जतन है तो सही जानकारी देना ही मेरा कर्तव्य है।

2) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य एवं सही है।

3) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत (रोजगार/बीमा कंपनी) से उस मदद के लिए रिफंड/वापस करने का दावा करूँगा, जिसके लिए मैं इस मदद के लिए रिफंड/वापस करने का दावा कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 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 का जवाब देकर या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ बताना चाहता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, जो "कोशिका" द्वारा, जहाँ/कहाँ पर/कैसे/किसी भी माध्यम (शुद्ध, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक) के माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना के लिए किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा, जहाँ/कहाँ पर/कैसे/किसी भी माध्यम (शुद्ध, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक) के माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना के लिए किया जा सकता है।

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

Anshu

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 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.

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

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ नीचे के समर्थन/सहमती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जतन है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि - न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहमती उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मांगे उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता स्रोत नहीं लेता/लेगी।

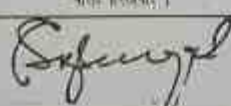
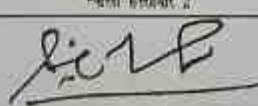
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्पताल शुल्क और जमाने को जमाने/समाप्त/रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

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

Dr. SIMA GUPTA
Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(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 नम्बरो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरो हस्ताक्षर 2
	



30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Pratik- E/0126/0360

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Pratik	Address/ Phone:	H/no.- 694, Gali no.- 15, A block, Mukandpur, Delhi-110042	
MR N		DEL-P-26-01-2880	Age/Sex	2 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-14, 2026-01-19	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	2	4000
2	2026-01-20	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2026-01-16	MRI	25006	1	6500
		Total			13000

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