

DEL-61-95-03-9294

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building trust of life

APPLICATION No. : E/0325/0370

APPLICATION DATE: 17-03-25

NAME of APPLICANT: MAYANK KUMAR

AGE-YEARS मास-वर्ष: 12 MONTHS MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUSHIL KUMAR PANDIT (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: WARD NO-09, PURUSHOTTAMPUR, DHARAMPUR, BTHAR - 893117

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: N/A



OCCUPATION: SELF EMPLOYED (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,90,000 (FATHER)

(Attach Proof of Income)  
(आय का सत्य प्रमाण)

PAN No. N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | SUSHIL KUMAR PANDIT                               | 38                         | MALE           | FATHER                                        |
| 2                      | KIRAN KUMARI                                      | 30                         | FEMALE         | MOTHER                                        |
| 3                      | MAHI                                              | 03                         | FEMALE         | SISTER                                        |
| 4                      |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधारBPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेश की नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये विषय का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविपेल सूची संलग्नSr. No.  
क्रम संख्या1. DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA  
2. TREATMENT - SURGASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

No

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

# DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा धारणा करे)

- 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 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.
- यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस पर गंभीरतापूर्वक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए के रूप में किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करे)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप के द्वारा सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, धन, वस्तुओं का इत्यादि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के बारे में सत्यता का दावा करता है कि "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उद्देश्य से सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान

Sushil Kumar Pandey

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करे)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमसे-होती को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साधन से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमसे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त होगी, जिसके लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तित नही की जाती, तो हमसे-होती को "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु प्रार्थना करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उद्देश्य/प्राप्त हेतु किसी भी साधन से नहीं लेना/लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर इस पर है कि सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए सहायता की जाती है और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Dr. SIMA DAS  
Director

Oncology and Genital oncology services  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 00291  
Koshika Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तिथि

20/3/25

Dr. CHHAVI GUPTA  
Oncologist  
(Name of Dr. & Regn. No. with the Hospital)  
Regd. No. 100745  
Koshika Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासीय हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासीय हस्ताक्षर 2

[Signature]



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mayank Kumar-E/0325/0370



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Delhi is Now NABH Accredited

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                    |                    |                                                     |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|--------------|
| Name                                                                                               |                | Mast. Mayank Kumar | Address/<br>Phone: | Ward -09, Purushottampur,<br>Dharmpur, Bihar-843117 |              |
| MR N                                                                                               |                | DEL-G-25-03-2294   | Age/Sex            | 11<br>Months                                        | Male         |
| S. No.                                                                                             | Treatment date | Items              | Cost per<br>Unit   | No. of<br>unit                                      | Approx. Cost |
| 1                                                                                                  | 2025-03-20     | EUA                | 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 8886, Fax : 011-43528816  
E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)