

DEL-4-22-11-0747



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **E/0126/0375**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **22/1/26**

NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम: **MANINDRA SONI**

AGE-YEARS आयु वर्ष: **27 YEARS** SEX लिंग: **MALE**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्वामी का नाम: **NAVEEN SONI (FATHER)**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **81/37, RAJAT PATH, MANSAROVAR, JAIPUR, RAJASTHAN - 302006**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:



OCCUPATION: व्यवसाय: **DELIVERY BOY (FATHER)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **UNMARRIED**

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **1,80,000 (FATHER)**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रखी है या नहीं: **Yes / No**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का विकल्प लगाएँ): **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.	NAVEEN	45	MALE	FATHER
2.	CAVTRI	38	FEMALE	MOTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई रोज के नीचे 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 विधियों का उद्देश्य:

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2.	TREATMENT - ECA

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थी से करें)

1) I hereby declare 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, void & non-refundable.

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, seek or incur assistance, in part or in full, from any other source (employer/insurance company, if the amount for which the assistance is requested).

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सच हैं और मेरे ज्ञान के अनुसार सही हैं। किसी भी झूठी बयान मेरी आवेदन और जारी सहायता, यदि कोई हो, को अमान्य और वापस लेने योग्य नहीं करेगा।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत (रोजगार/बीमा कंपनी, यदि सहायता के लिए अनुरोध किया गया है) से सहायता नहीं माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थी से करें)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/submit/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) (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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप देना, मैं (अर्थी) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि मैं "सहायता के लिए अनुरोध की गई उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए मेरा नाम, पता और मेरे विवरण का उपयोग करने के लिए Koshika Foundation को "सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त" के माध्यम से, जिसमें सीमित नहीं है, बोलचाल, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए Koshika Foundation और/या Koshika Foundation के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरे नाम, पता और मेरे विवरण का उपयोग Koshika Foundation द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) (अर्थी) मैं सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता और मेरे विवरण का "उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त, मेरे सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त होने से स्वतः ही मेरी सहायता प्राप्त करने या सहायता जारी रखने का अधिकार नहीं देता। सहायता देने और सहायता जारी रखने का निर्णय Koshika Foundation के ट्रस्टियों के पास होगा, और उनका इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्थी के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठा छाप

(Signature) (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से करें)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस मामले में "सहायता के लिए अनुरोध" के लिए सहायता के लिए Koshika Foundation से अनुरोध किया है, और मैं (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने स्वीकार किया है कि मैंने अभी तक और भविष्य में इस रोगी/रोगी के लिए सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं माँगी है, क्योंकि मैंने Koshika Foundation से सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि Koshika Foundation द्वारा अनुरोध की गई सहायता पूरी तरह से नहीं दी जाती है, तो हॉस्पिटल को सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करता है कि हॉस्पिटल को सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त होने से स्वतः ही सहायता प्राप्त करने या सहायता जारी रखने का अधिकार नहीं देता।

2) "सहायता के लिए अनुरोध" के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, और इसका कोई भी प्रभाव Koshika Foundation द्वारा सहायता के लिए अनुरोध/प्राप्त करने से नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण और अखंड जिम्मेदारता का भरोसा होगा, और Koshika Foundation को इस मामले में कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. DHIRVI GUPTA (हॉस्पिटल के चिकित्सक, अर्थी के लिए)

Dr. SHRUTI'S CHARITY EYE HOSPITAL
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Dr. SIMA DAS
 Director
 Oculoplastic and Ocular oncology services
 Director, Medical Education Department
 Regd. No. 00291
 Dr. Shrutis Charity Eye Hospital
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नाम: हस्ताक्षर 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नाम: हस्ताक्षर 2)



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Manindra soni- E/0126/0375

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Manindra soni	Address/ Phone:	61/37, Rajatpath, Mansarovar, Jaipur, Rajasthan- 302020	
MR N		DEL-G-22-11-0747	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-23	EUA{Examination under Anesthesia}	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 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 • RANIKHE