

SRE-P-24-04-0367

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन फार्म		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: E/0126/0376		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 23/1/26			
NAME OF APPLICANT आवेदनकर्ता का नाम: KOYAL		AGE-YEARS वय: 6 YEARS	SEX लिंग: FEMALE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: JAGDISH (FATHER)		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता: VILLAGE THYHARUR BHOJA, DIST - THARUR, SATHAL, CAWARAN -PUR, U.P. - 242551			
OCCUPATION व्यवसाय: LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 144,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. (आय कर पहचान संख्या):		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं): Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ संबंध	
1	JAGDISH	64	MALE	FATHER	
2	SARISWATI	70	FEMALE	MOTHER	
3	SEEMHA	07	FEMALE	SISTER	
4	PAVAL	04	FEMALE	SISTER	
5	PIVA	04	FEMALE	SISTER	
6	SALVA	17	MALE	BROTHER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रकम से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA -				
2	TREATMENT - EUA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है? No					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता रही			
	NA				

DECLARATION by APPLICANT (अर्थी द्वारा कर्तव्य):

1) I/We 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 termination/stoppage.

2) I/We hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is requested by me.

3) I/We 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 requested.

1) मैं यहाँ कर्तव्य करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही सचवादी हैं। कृपया ध्यान दें कि यदि मैं किसी भी प्रकार का झूठा कथन करता हूँ तो मेरे आवेदन, सेवाओं को खत्म कर दिया जा सकता है।

2) मैं यहाँ कर्तव्य करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहाय, सेवाएं केवल उन्हीं उद्देश्यों के लिए ही प्रयोग करने के लिए हैं, जो इस फॉर्म में बताए गए हैं।

3) मैं यहाँ कर्तव्य करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी प्रकार का आर्थिक या स्वास्थ्य सेवा विनिर्देशन प्राप्त करने से इनकार करता हूँ जो कि मेरे उद्देश्यों के लिए है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थी द्वारा कर्तव्य):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/submit 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/commitments. 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 to 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) मैं इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छाप करके, मैं (अर्थी) यहाँ सहमत हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" को उचित रूप से (जिसे मैं चाहूँ) मेरे नाम, पता और मुझे सहायता के लिए प्रेषित करने के लिए, मुझे "कॉशिका" द्वारा, मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों में मुझे सहायता के लिए प्रेषित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयोग करने में सक्षम करने के लिए सक्षम है। मैं इसका उपयोग करने के लिए या भविष्य में किसी भी प्रकार का प्रयोग करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहा हूँ।

2) मैं (अर्थी) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता और मुझे सहायता के लिए प्रेषित करने के उद्देश्यों के लिए मुझे प्राप्त सहायता का उपयोग करने के लिए मुझे "कॉशिका" द्वारा उचित रूप से मुझे सहायता के लिए सक्षम करने के लिए सक्षम है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION
 अर्थी का हस्ताक्षर या मुद्रा छाप

(Signature)
 LT
 (Father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्तव्य):

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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.

हम यहाँ कर्तव्य करते हैं कि हम या भविष्य में "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य (हॉस्पिटल) से सहायता नहीं ले रहे हैं।

1) यह कि हम या भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी से प्राप्त नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए सक्षम हैं। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए सक्षम होना पड़ेगा। यह पुष्टि करता है कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए सक्षम होने के लिए सक्षम होना पड़ेगा।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मिले हुए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के उपचार के लिए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के डॉक्टर के साथ है जो "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार का चुनाव और उसे करने के लिए जिम्मेदार होने पर हॉस्पिटल को होगा जो "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

(Signature)
Dr. SIMA DAS
 Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 डॉ. चहावी गुप्ता
 Adv. Consultant
 Oculoplasty and Ocular oncology services
 Director, Medical Education Department
 Regd. No. 100745
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 24/1/26	Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No: 100745 Shroff's Charity Eye Hospital Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Koyal- E/0126/0376

<p align="center">Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u></p>					
Name		Baby Koyal	Address/ Phone:	Village talyyabpur badha, Post jhabrera, Jataul, Saharanpur, U.P. - 247551	
MR N		SRE-P-24-04-0367	Age/Sex	6 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-24	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