

DEL-6-27-11-4064

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
Foundation  
Building blocks of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: E/0395/0401

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/02/25

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: KUNAL JAISWAL

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 08 YEAR

SEX / लिंग: MALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: VIJAY KUMAR (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: DEHARI, DHAR-144104

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

OCCUPATION / व्यवसाय: LABOURER (FATHER)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1,08,000 (FATHER)

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

PAN No. / पैन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो खाने को उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | VIJAY KUMAR                                       | 37                         | MALE           | FATHER                                    |
| 2.                     | RADHA                                             | 33                         | FEMALE         | MOTHER                                    |
| 3.                     | SHARVA                                            | 12                         | FEMALE         | SISTER                                    |
| 4.                     | MUSKAN                                            | 15                         | FEMALE         | SISTER                                    |
| 5.                     | KRISHA                                            | 10                         | MALE           | BROTHER                                   |

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

|                                                                                                          |                                                                                                                |                                                                                           |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे आता है या<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

## Medical Reports/Prescriptions Attached

आमस्य/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached |
|------------------------|----------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA             |
| 2.                     | TREATMENT - CPA, CHEMO                 |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

NA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
ली गई सहायता राशि

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

DECLARATION BY APPLICANT: NONE BY STATE OF

1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false information may be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such use shall be considered null and void.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose for which it was requested by me.

2) I hereby confirm that I have not & will not in future, seek reimbursement, in part or in full, from any source for which this assistance is requested.

(1) ये योजनाएं लागू हैं कि इन प्रकरण में कोई भी नतीजा निर्धारित नहीं किया जा रहा है। यदि कोई निर्धारण पूरा हो तो यह निर्धारण ही होगा।

2) श्री गुरु जी का प्रथम स्तोत्र "गुरुगोविन्द स्तोत्र" है जो १०८ श्लोकों में है। इस स्तोत्र में गुरु जी की महिमा का वर्णन है।

1. निम्नलिखित में से एक को चुनिए और इसका विवरण दीजिए।

AGREEMENT by APPLICANT (NOTE: SEE 1001)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/distribute/publicize 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 accessible to me.

(1) इस प्रश्न का उत्तर संसद का कार्य नहीं है। संसद का कार्य है कि वह "बोर्डिंग पाठशाला और उनके छात्रों" को अधिकृत करता है कि वे क्या करें, पढ़ें, सीखें और कि वे किससे पढ़ें। इस प्रश्न में बोर्डिंग है, जो "बोर्डिंग" नाम की एक संस्था है जो छात्रों को पढ़ाए जाने वाले विषयों में निर्देश देती है। यह संस्था संसद के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (अपवाद) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पेशा और विद्यालय को कि आपका ही दफ्तरीय से जमिनी में छुड़ा गया: व्यापक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "बीजक" नाम का कोई व्यक्ति का जमिनी जमिनी और कर्मचारी द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

जलवायु में परिवर्तन से निपटने के लिए हमें एक ही दिशा में बढ़ना होगा।

Vijay Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (signature and title)

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 Kishika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kishika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kishika 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.

हमारे अभियुक्त, हथकड़ी की जंघा में मसलते-लेते को "कोशिका चारनोरोन" में विविध आनंद के सुविधाओं को जताते हैं, जिसे हम (हमसंग) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

(१) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित महापदा किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका-कान्ट्रीडाल" से प्रिन्सिपलिटिविटी उभार कर संवधान में "कोशिका-कान्ट्रीडाल" द्वारा भर देना कि है। यदि "कोशिका-कान्ट्रीडाल" द्वारा महापदा विनिर्दिष्ट अधिकारपाल हेतु चयन नहीं किया जाता है तो अगला कोई भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से महापदा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला निर्णय कर उभार लेनी चाहिए हेतु किसी भी सरकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी चाहिए।

2. "कलिंगाः काटयन्ते" से ली गई मशाला बेलन विधि प्रकृति की है। छरी या इन्वर्शन टंग दी गई मशाल या बिन्दे एवं उपचा/प्रविच का प्रयोग छोटी एवं बड़माला

यहाँ जीव का स्थान है और 'कोशिका साइटोसोल' द्वारा बिना प्रकाश के और दबका नहीं है। शक्तिवत् इन्फ्लामेन्ट में रंगों के प्रकाश प्रकाश और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं इन्फ्लामेन्ट की होती है। 'कोशिका' की और जीविका या जिम्मेदारी इस प्रकार है नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Date of Surgery

ऑपरेशन की सदस्य

|    |   |    |
|----|---|----|
| 26 | 3 | 28 |
|----|---|----|

(Name of Dr. & Institution)

हमारे का नाम है अमर।

1999

(Name, Designation & Stamp of Authorizing Signatory)

on behalf of Microsoft

उत्तर-वि. पाठ्य-सूची-१९६०

make the child's

## FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जातों के लिए: 5%

SIGNATURE of TRUSTEE 1

३०६

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योतिषाद्वयम् २

Exempel

Rich



31st March 2025

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kunal Jaiswal-E/0325/0401

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                     |                    |                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                | Mast. Kunal Jaiswal | Address/<br>Phone: | Desari, Bihar - 844504 |             |
| MR N                                                                                               |                | DEL-G-24-11-4054    | Age/Sex            | 8 years                | Male        |
| S. No.                                                                                             | Treatment date | Items               | Cost per Unit      | No. of unit            | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 3/26/2025      | ELIA, Chemo         | 2000               | 1                      | 2000        |
| 2                                                                                                  | 3/26/2025      | Chemotherapy        | 2500               | 1                      | 2500        |
|                                                                                                    |                |                     |                    |                        |             |
|                                                                                                    |                | <b>Total</b>        |                    |                        | <b>4500</b> |

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services



For Dr. Sima Das

**DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL**

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528818

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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