

DEL-23-07-4206

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Health of the

APPLICATION No. आवेदन संख्या	E/0325/0406	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	25/03/2026
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	KARTIK KUMAR	AGE-YEARS आयु-वर्ष	04 YEARS
		SEX लिंग	MALE
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम	DHANVEER SINGH (FATHER)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता			
DURGHA, SHARAJHARI PUR, UTTAR PRADESH 243505			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			



OCCUPATION व्यवसाय	LABOURER (FATHER)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	☒
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	1,20,000 (FATHER)	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)	

PAN No. जारी नहीं किया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं (को यन्त्र जो उचित हो सही 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	DHANVEER SINGH	33	MALE	FATHER
2	NEELAM	26	FEMALE	MOTHER
3	HIMANSHU	06	MALE	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई सबूत है तो इसे प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे पैसे बिना का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

आस्थापना/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

1	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA
2	TREATMENT - MRI

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है? **N/A**AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ले गई सहायता राशिSr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

N/A

DECLARATION by APPLICANT: जोहना पुन कर्मा वि

DECLARATION by APPLICANT: **जगदीश दत्त शर्मा**

I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & my candidature for selection/cancellation. This Form, if accepted by Kishiksha Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which it is submitted.

1) I hereby confirm that all goods listed are for export/cancellation

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, 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

(3) में संलग्न कक्षा है कि इस आशय के लिए यह सभी विभागों को आवश्यक हो जाएगा तब एवं जहाँ है। यदि कोई विभाग ऐसा करने में असमर्थ हो तो उसे अपने अधिकारी से परामर्श करना चाहिए।

2) की जाय कि सामान्य प्रति "अतिरिक्त आन्दोलन" के ही वह रही है, उसका समर्थन इसी उद्यम को पूर्ण से सिद्ध करना अपेक्षा, न कि

1) निम्नलिखित में से किसे आपातकाल का अर्थ है, उस पर चर्चा करें। (अंश 20 तक)

AGREEMENT BY APPLICANT (check DO NOT)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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 fulfilment 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.

11. इस प्रश्न का उत्तर हाइकोर या जस्टिस की सलाह पर, मैं (अर्थात्) अपने स्वामी को मुक्ति कराई हूँ एवं "कोशिका" काउंसिल और उसके व्यक्तियों * जो अधिकृत बरत (कि सेन, पद्म, पद्म, कौटिल्य और विद्याम) इस प्रश्न में संलग्न हैं, जो "कोशिका" एम्प्लॉय, एम. एम्प्लॉय एम्प्लॉय एम्प्लॉय से जुड़ी गतिविधियों और जवाबदाई में लिखे बिना के प्रसार संचालन में प्रसारित करने में सहायता प्रदान है। मैं प्रश्न का निराकरण में शामिल हो पाऊँगा या नहीं मैं अपने से लिख "कोशिका काउंसिल" के व्यक्तियों अधिकृत है।

2) मैं (अभेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा पक्ष, पक्ष, पक्षों और विचारों को कि महात्मा ने उन्हें अपने से अधिक है मुझे पता। महात्मा का हकदार नहीं बनना। इन लोगों में "भक्ति" शब्द प्रयोग व्यक्तियों को निर्भीक जीवन और प्रभावशाली होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदक की हमारा यह संग्रह का मिशन

चनवीर सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL. (FURNISH TO WFO)

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: _____

(Hospital) hereby affirm to 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 Keshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Keshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Keshika 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अर्थ है, इसका अर्थ है कि जो भी व्यक्ति/व्यक्तियों को "कॉन्सिडर फॉर-वॉरिंग" में शामिल करायेंगे, वे विचारों की जगह हैं, जिन्हें हम (इसका अर्थ) विचार करने में लायक या प्रभावित करते हैं।

[illegible]

“कालिका काठ-कोयल” से तो वह ज्यादा से कम विविध दृष्टि थी है। तोरी का बसपायन इस दो राई अन्तर्गत था जिनसे वह उपवास/विज्या का भुजन लेती एवं सम्पन्न

“कोशिका कायन्दोष” से तो वह मरता था बल्कि बिना दवा की ही। तो पा प्रत्यक्ष इस से तो पता चलता है कि ये तब तक जीवित था जब तक कि उसे उपचार न मिले। जो मुझे इससे पता चला।
जोष का विषय है। और “कोशिका कायन्दोष” इस विषय का कोई उल्लेख नहीं है। इसलिए इसका मतलब है कि ये प्रत्यक्ष मुझ से और जोष से ही तब तक जीवित था जब तक कि उसे उपचार न मिले।
तो जोष और “कोशिका” जो कोई व्यक्ति या विषय है। इस मामले में तो जोष।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थीकृतो ऋं लिप् संस्तुति

Dr. SIMA DAS
Director

FreeCell

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Hospital)

on behalf of Hospital

1999-2000, 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025, 2025-2026, 2026-2027, 2027-2028, 2028-2029, 2029-2030, 2030-2031, 2031-2032, 2032-2033, 2033-2034, 2034-2035, 2035-2036, 2036-2037, 2037-2038, 2038-2039, 2039-2040, 2040-2041, 2041-2042, 2042-2043, 2043-2044, 2044-2045, 2045-2046, 2046-2047, 2047-2048, 2048-2049, 2049-2050, 2050-2051, 2051-2052, 2052-2053, 2053-2054, 2054-2055, 2055-2056, 2056-2057, 2057-2058, 2058-2059, 2059-2060, 2060-2061, 2061-2062, 2062-2063, 2063-2064, 2064-2065, 2065-2066, 2066-2067, 2067-2068, 2068-2069, 2069-2070, 2070-2071, 2071-2072, 2072-2073, 2073-2074, 2074-2075, 2075-2076, 2076-2077, 2077-2078, 2078-2079, 2079-2080, 2080-2081, 2081-2082, 2082-2083, 2083-2084, 2084-2085, 2085-2086, 2086-2087, 2087-2088, 2088-2089, 2089-2090, 2090-2091, 2091-2092, 2092-2093, 2093-2094, 2094-2095, 2095-2096, 2096-2097, 2097-2098, 2098-2099, 2099-2100, 2100-2101, 2101-2102, 2102-2103, 2103-2104, 2104-2105, 2105-2106, 2106-2107, 2107-2108, 2108-2109, 2109-2110, 2110-2111, 2111-2112, 2112-2113, 2113-2114, 2114-2115, 2115-2116, 2116-2117, 2117-2118, 2118-2119, 2119-2120, 2120-2121, 2121-2122, 2122-2123, 2123-2124, 2124-2125, 2125-2126, 2126-2127, 2127-2128, 2128-2129, 2129-2130, 2130-2131, 2131-2132, 2132-2133, 2133-2134, 2134-2135, 2135-2136, 2136-2137, 2137-2138, 2138-2139, 2139-2140, 2140-2141, 2141-2142, 2142-2143, 2143-2144, 2144-2145, 2145-2146, 2146-2147, 2147-2148, 2148-2149, 2149-2150, 2150-2151, 2151-2152, 2152-2153, 2153-2154, 2154-2155, 2155-2156, 2156-2157, 2157-2158, 2158-2159, 2159-2160, 2160-2161, 2161-2162, 2162-2163, 2163-2164, 2164-2165, 2165-2166, 2166-2167, 2167-2168, 2168-2169, 2169-2170, 2170-2171, 2171-2172, 2172-2173, 2173-2174, 2174-2175, 2175-2176, 2176-2177, 2177-2178, 2178-2179, 2179-2180, 2180-2181, 2181-2182, 2182-2183, 2183-2184, 2184-2185, 2185-2186, 2186-2187, 2187-2188, 2188-2189, 2189-2190, 2190-2191, 2191-2192, 2192-2193, 2193-2194, 2194-2195, 2195-2196, 2196-2197, 2197-2198, 2198-2199, 2199-2200, 2200-2201, 2201-2202, 2202-2203, 2203-2204, 2204-2205, 2205-2206, 2206-2207, 2207-2208, 2208-2209, 2209-2210, 2210-2211, 2211-2212, 2212-2213, 2213-2214, 2214-2215, 2215-2216, 2216-2217, 2217-2218, 2218-2219, 2219-2220, 2220-2221, 2221-2222, 2222-2223, 2223-2224, 2224-2225, 2225-2226, 2226-2227, 2227-2228, 2228-2229, 2229-2230, 2230-2231, 2231-2232, 2232-2233, 2233-2234, 2234-2235, 2235-2236, 2236-2237, 2237-2238, 2238-2239, 2239-2240, 2240-2241, 2241-2242, 2242-2243, 2243-2244, 2244-2245, 2245-2246, 2246-2247, 2247-2248, 2248-2249, 2249-2250, 2250-2251, 2251-2252, 2252-2253, 2253-2254, 2254-2255, 2255-2256, 2256-2257, 2257-2258, 2258-2259, 2259-2260, 2260-2261, 2261-2262, 2262-2263, 2263-2264, 2264-2265, 2265-2266, 2266-2267, 2267-2268, 2268-2269, 2269-2270, 2270-2271, 2271-2272, 2272-2273, 2273-2274, 2274-2275, 2275-2276, 2276-2277, 2277-2278, 2278-2279, 2279-2280, 2280-2281, 2281-2282, 2282-2283, 2283-2284, 2284-2285, 2285-2286, 2286-2287, 2287-2288, 2288-2289, 2289-2290, 2290-2291, 2291-2292, 2292-2293, 2293-2294, 2294-2295, 2295-2296, 2296-2297, 2297-2298, 2298-2299, 2299-2300, 2300-2301, 2301-2302, 2302-2303, 2303-2304, 2304-2305, 2305-2306, 2306-2307, 2307-2308, 2308-2309, 2309-2310, 2310-2311, 2311-2312, 2312-2313, 2313-2314, 2314-2315, 2315-2316, 2316-2317, 2317-2318, 2318-2319, 2319-2320, 2320-2321, 2321-2322, 2322-2323, 2323-2324, 2324-2325, 2325-2326, 2326-2327, 2327-2328, 2328-2329, 2329-2330, 2330-2331, 2331-2332, 2332-2333, 2333-2334, 2334-2335, 2335-2336, 2336-2337, 2337-2338, 2338-2339, 2339-2340, 2340-2341, 2341-2342, 2342-2343, 2343-2344, 2344-2345, 2345-2346, 2346-2347, 2347-2348, 2348-2349, 2349-2350, 2350-2351, 2351-2352, 2352-2353, 2353-2354, 2354-2355, 2355-2356, 2356-2357, 2357-2358, 2358-2359, 2359-2360, 2360-2361, 2361-2362, 2362-2363, 2363-2364, 2364-2365, 2365-2366, 2366-2367, 2367-2368, 2368-2369, 2369-2370, 2370-2371, 23

by Samuel Johnson

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुत्पीक उपयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नमो भगवते वासुदेवाय ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पृष्ठ १०००

127



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922..

21st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Kartik-E/0325/0406



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Kartik	Address/ Phone:	Village Dhuria, District Shahjahanpur, Uttar Pradesh-243205	
MR N		DEL-G-23-07-4206	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-03-27	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

For Dr. Sima Das

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)