क्रम संख्या

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रास्तप (स्थात्यम देखमाल) APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 19 0425 आवेदन सच्या DOIL NAME OF APPLICANT AGE-YEARS SHEET SEX TON BABY KHUSHI आवेदफ का नाम 4 YEARS FATHER'SISPOUSE'S NAME SUNNY (FATHER SHAME PRESENT RESIDENCE ADDRESS अर्तमान आवासीय पता RAGHUBIR NACAR DEUHL LOOTE PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - FUIL SHIERIN THE OCCUPATION JIAWKER. FATHER न्यवसाय MARRIED (RITTER) / UNMARRIED (HOURS) MA TOTAL ANNUAL INCOME: 90,000 (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (FADIER (अपन का साहव संसान) PAN No. PATÉ UTAL HART ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आप कर दाल है (वो मान्य हो ठस पर सही का निशान लगाये। Yes / No को / नहीं FAMILY DETAILS WHER BERTY Sr. No. Name of Family Member Age (Years) क्रम संस्था Gender परिवार के सदस्यों का गाम Relation with Applicant CATHER THE THEY उम्र (यव) SONNY MACE NUHA ENLARS MUDIEL BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहत्यम के लिये विश्वीत गायल **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Copy) Any Other Basis/Proof गरीभी रेखा के पीचे प्रमाण पत्र अल्प अस्य वर्ग प्रयाम पत वपयोगा। मार्थ अन्य कोई साध्य (प्रमाण यप की राजा प्रति संसाप करे। the rests site and the er rear) (प्रमाय पत्र को साथ की मंतर करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. समायात सेनु जिल्ले भारे विश्वती का उन्हेंक्य-Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्थात/प्रोधर से बारी को गई प्रतिवेदन मुची जंतान MEANWAY -RETUND BLASTOM A ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहस्यत किसी अन्य स्वीत में लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE St. No. लो गई सहस्था गरी

अन्य स्वीत को नाम

DECLARATION by APPLICANT, SPICE OF SHITT VIII

- 1) 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, if any liable for
- 2) I scientify 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 reviewed.
- 3) hereby confirm that I move not 8 will not in future, avail of remoursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount
- 1) मैं भीषणा करत है कि इस प्रश्नम में दिए तथे क्यों जिलाण मेरी जानकारी के अनुसार रहण एवं सभी है। यदि कोई जिलाग एक कथन असल्य कथा करता है तो मेरे सहायंत निरम्त को जा सकती है।
- 2) मी प्रथा का महायक्षा तथा "व्यक्तिक पर्ययक्ति", से ली को रही है, उसका उपयोग डभी वर्षत्रम की पृति के लिये किया आसेगा. जो इस प्रकार में भरा गया है। 13 में पुष्ट करत है कि किम महादत हु पर प्रापंत की तो है, इस सीत का मीतिक पा सकत हिस्सा किसी अन्य सोहर्टनवेडका जीम कम्मनी से न तो लिया है और न ती भविष्य में सुँता।

AGREEMENT by APPLICANT (SHICK STO WORL)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-up/reproduce my narrer, 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 Keshika 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने सराक्षा पा अंगर्ट की साथ लगावर, में (आवेदक) अपनी सक्रमीत को पूरिश् करता हूँ एवं "कोमिला फाउडेशन और उसके जानीची " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता. पोटे और जे विकास उस प्रथा में मीपिट है, उसे "कोशिका" एवर न्यामी, राज, सामग/पा दूसरे उद्देश्य से मुद्दी गतिविधियों जोर इसलम्बियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रमाणि करने के लिए अधिकृत है। भी प्रथम का विकास भीर इन्हान के पहले सा बाद में करने के लिए "कॉफिना फाउडेसन" म न्यामी अधिकृत है।
- में (आस्त्र) हम आत म भागत है कि मैश नाम, पता फोर्ट और विवरण जो कि सहायता के उद्देशमें में आधित है मुझे छता: मामवत का इसदार नही बनाता इस सम्बंध में "बांशिका" राज्य असर्व त्यांसर्व का निर्मय जीत्व और बास्तकारी होग्य।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

scripe of gamen in sinh or finns



AGREEMENT by HOSPITAL (##1000 \$10 min)

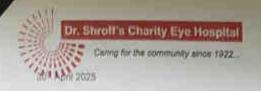
By affilting hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Flospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently not 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 Kostika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfull from another NGO or any other source. This conferraction assentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGC or any other assurce.

 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The shoce 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 sule & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility
- हमारे अधिकतः, प्रशासनी को और से मामलेकोणी को "कोशिका चाउन्हेशन" से पितिस सहावत हेतु कियारित को जाती है, जिसे हम (हम्पताल) पिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।
- 1) मा 🕒 न तो कांगान और न हो भविष्य में विदेश सहामा किसी गैर समझारी संस्थान या किसी आन्य क्ष्मीत के सकत रोगी,पासले में लेंगे का ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉरिका काइन्डेंगन" से विकासिस्तिकालि उन्हें के सम्बंध में "कोसिका प्राजनीसन" द्वार मदद केंद्र कि है। पदि "कोसिका फाउन्डोसन" द्वार महाका विनयि ऑसिका सकत होटू पन्तुर नहीं किए जाता है से अस्पतन किसी अन्य गैर समकारी संस्था च किसी अन्य सन्माधन से सहस्था लोने जा जीवास सुरक्षित रखना है। इस चुन्हि में स्थान कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय पदद जनत रोगी/प्यापने हेतु किसी गैर सरकारी सरका या किसी अन्य आधा से मही लेगा/लेगी।
- 🤰 "कारिका कार्व-इंगन" में तो या महायत फेवल विदिध प्रकृति की है। ऐसी या हस्यताल द्वारा दी गई समाप्त या किये वर्ष उपवादप्रक्रिया का युनाव रोती एवं हस्यताल मं बीन का विभय है और "काशिका कार इंटन" हार किसी प्रकार का कोई वसाव नहीं है। हसलिये हस्पडल में ऐसी को उल्लान सुरक्षा और उनने बाने की सभी किस्पेशनी रोगी एवं हस्पताल को होगों और "कोशिका" को कोई धूमिका या किम्मेशारी इस मामले में उसी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोकती के लिए संस्तृति Dr. SIMA DAS Date of Surgery Director Dr. CHHAVI GUPTAL plasty and Oculap oncology services THE WASHINGTON & BLOOMS & PAGE 1878 IN SIGNATORY (Natoplat Dick) Region No with Shirtypes ron betrain 8734 ospital) STALL AND AND AND AND AND AND THE DITS HOW STATE OF STREET Dr. Swott's Granty Eye Hospital FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

त्वासी हरतकाः । न्यसी हस्ताक्षर ३



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Khushi- E/0425/0011

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries

Vame		DEL-G-24-02-5893	Address/ Phone: Age/Sex	Raghubir nagar Delhi- 110018	
MR N				4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
í	21/04/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	ă	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