

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: E/0623/0015 APPLICATION DATE: 25/06/2023
आवेदन संख्या: आवेदन मिति:

NAME of APPLICANT: JIKHUA AGE-YEARS: 2 YEARS SEX: FEMALE
आवेदक का नाम: उमेर-वर्ष: सेक्स:

FATHER'S/HUSBAND'S NAME: VAKIL PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासन जागरूकता
पिता/स्वामी का नाम: वाकिल प्रेसेंट रेजिडेंस एड्रेस: अप्टोट जागरूकता



OCCUPATION: MECHANIC - BIKE REPAIR (FATHER) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित) NA
अप्टोट वर्षाव: विवाहित / नविवाहित

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000 (FATHER) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक वर्ष: 60,000 (पिता) (अप्टोट साल का सत्त्वाव संदर्भ)

PAN No.: एपीएन नंबर: निश्चय
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
जमा जाने वाले याता है (जो मात्र हो उस के लिए को निश्चय लगायें) जी: नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sr. No. अप्टोट संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1 | VAKIL | 29 | MALE | FATHER |
| 2 | TARANNAM BANO | 25 | FEMALE | MOTHER |
| 3 | SIDRA | 4 | FEMALE | SISTER |
| 4 | ANEEZ AHMAD | 60 | MALE | GRAND FATHER |
| 5 | AHMAD TAHAN | 65 | FEMALE | GRAND MOTHER |
| 6 | ANNEEZ AHMAD | 25 | MALE | UNCLE |

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

| | | | |
|--|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy): गोपनीय रूपांतर के नंबर इयान पर (प्रधानमंत्री सम्मान योग्यता कार्ड) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy): जल्द ज्ञान की उपलब्ध या उपलब्ध पर्याप्त की उपलब्ध या (प्रधानमंत्री सम्मान योग्यता कार्ड) | Ration Card (Attach Copy): उपचालन कार्ड (प्रधानमंत्री योग्यता कार्ड) | Any Other Basis/Proof अन्य क्षेत्र साहाय्य |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता देते लिये गये विनाशि का उद्देश्य:

| | |
|--------------------------|--|
| Sr. No. अप्टोट संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached जल्द ज्ञान द्वारा दिए गए विवरण या विकार का उद्देश्य: |
| 1 | DIAGNOSIS - RETINOBALMIA TREATMENT - CHEMOTHERAPY |

| | |
|---|--|
| MEDICAL VEHICLE जल्द ज्ञान द्वारा दिए गए विवरण या विकार का उद्देश्य: | |
| STATIONERY कागज और दस्तावेज़ की जांच का उद्देश्य: | |

| | |
|---|---|
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए किसी और स्रोत से किसी अन्य साहाय्य के लिया गया है? | |
| Sr. No. अप्टोट संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम |
| | NA |

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करते हुए

- 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 rejection/conciliation.
 - I solemnly confirm that assistance, I received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं निम्न वाका के लिए इस प्रकार मेरे पास सर्वे विषयों की ज्योगताएँ अनुचित भाव से देखता हूँ। ऐसे सभी विषयों पर व्यवहार असाधारण चाहा जाता है तो उसी व्यवहार विषय की ज्योगता है।

2) मैं इस विवरण में "विशेषज्ञता" के लिए कहा गया है, याकि व्यापक रूप से इसमें कोई भी विवरण व्यवहार या व्यवहार, जो मैं प्राप्त की जाए तब तक है।

3) मैं पूर्ण बातों के लिए जानकारी देता हूँ कि मैं उपरोक्त विवरण का सम्पूर्ण विवरण अकृतिविवरण विवरण का रूप देता हूँ और न कहा जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT

APPLICANT'S SIGNATURE AND LEET TRAINING INFORMATION

新嘉坡新嘉坡新嘉坡新嘉坡新嘉坡

• ७५

(VAKIL - PAPER)

AGREEMENT BY HOSPITAL (check in box)

By affixing her/his/her signature as Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
financially hereby affirm & accept following:

- U 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.

देश भवित्वान् प्राप्तिर्दृष्टि एवं इन में समाज-सेवा की "परिवर्तन प्राप्तिर्दृष्टि" के विषय संक्षेप से हम बातचीत की जाएँ।

(५) यह कि न सो लोपण जै त ही चालना में विभिन्न प्राणीपत्र विसर्गों की प्राप्तिरी चालनपत्र का विकास आनंद वाले वे इन सो मा से हो है, और कि इसके "वार्षिक चालनकरणम्" में विभिन्नोंप्राणीविसर्ग द्वारा का चालनपत्र ये "लोपणका चालनकरणम्" द्वारा बदल देतु कि हो। एवं "वार्षिक प्राण-देशम्" द्वारा प्राणीपत्र विसर्ग जाग्रामयनात देतु प्रयत्न नहीं किया जाता है अतः असाधन विकास आनंद की असाधनी साधना ये विकास आनंद लोपणपत्र से उत्पन्न होते का विभिन्न प्राणीविसर्ग में उत्पन्न गोप्यमालाएं देतु विभीति द्वारा बदल देती है इसमें जग्न लग्नमें जग्नी देखियाहैं।

“कांगड़ा काउन्करन” से ले गह महात्मा गांधी ने भी है। गांधी पा. इसलिए द्वारा बहुत ज्ञानी और अचूक व्यक्ति था किंतु वह प्रत्यावर्तिता वा चुनव द्वारा एवं इसलिए

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

राष्ट्रीयमहाराजा के लिए उत्तराधिकारी

Date of Surgery

**Dr. CHHAVI GUPTA
DMCC/R/100745
Fellow-Orbital & Ocular Oncology**
(Name Of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आमा गा नव स हास्पित ल रोड, ३

CHHAYA DAS
HRD Department,
Government of Odisha
Regd. No. 302795

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाना लक्ष्मी |

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sparagl

See B



卷之三



卷之三

Copyright © 2006 by Pearson Education, Inc.

विनायक देवता के प्रभान् हैं लालितांशु का नाम।
विनायक ओह कोरि/ कीर्तनपूर्वक XMM. (अनेकादेश अवलोकितेश्वर के द्वयान्)

INTRODUCTION

- Author is a proof of identity, not of citizenship.
 - Verify identity using Secure QR Code/ Offline XML/ Online Authentication.
 - This is electronically generated letter.

The asphalt is to be 100 years of age, and the marts are required to be updated so attaining 5 years of age falls within this action will be classified as due by 2011.

LIPID PROTEIN LIPID PROTEIN

मानव जीवन के लिए विश्वासी और उत्तम सेवा के लिए अपनी जीवन को देखा जाना।



卷之三

卷之三

260

三國志演義

WILLIAMSON

1000 2000



30th June 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Jikra - E/0623/0015

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

| Name | Jikra | Address/ Phone: | Village Ganeshpur, Tehsil Laharpur, District Sitapur, Uttar Pradesh-261121 | | |
|--------|------------------|-------------------------------------|---|-------------|-------------|
| MR N | DEL-G-23-03-8296 | Age/Sex | 2 years | | Female |
| S. No. | Treatment date | Items | Cost per Unit | No. of unit | Aprox. Cost |
| 1 | 05-06-2023 | ELIA(Examination under Anaesthesia) | 2000 | 1 | 2000 |
| 2 | 05-06-2023 | Chemotherapy | 2500 | 1 | 2500 |
| 3 | 26-06-2023 | MRI | 6500 | 1 | 6500 |
| | | Total | 11000 | | 11000 |

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)