		08- 008	39				
	ICATION FO	DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Hea	Ithcare)	v Unilea		
PPLICATION No.:	E 0504		(स्वास्थ	य देखमाल)	Toundation		
AME of APPLICANT :	Q <sub>n</sub>	10034	APPLICATION DAT आवेदन शिथी	15/5/24	Biplding block of life		
	DABY	NOOR FATIMA	AGE-YEARS	POSSESSED IN CONTRACTOR OF THE			
ATHER'S/SPOUSE'S N ता/कटुम्प का नाम	NAME: JUL	200	3YEA	RS FEMALE			
SADAR	SAZAR	PRESENT DESIDENCE	FATHER)		(90)		
	BAZAR UTTAR	PRADESH- 2710	M7 901	WA)			
	PI	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	rood real				
			A STATE STREET, A	di.			
CCUPATION :	LABOURS	R (FATHER)			( D) IIA		
OTAL ANNUAL INCOM ल वार्षिक आय	E: 17/	),000 (PATHER)		MARRIED (Tradition	) / UNMARRIED (Hagisa) N/		
AN No. TRUE THE THE				(Attach Proof of	income; यसम्ब)		
RE YOU AN INCOME T	TAV ACCCCOCC	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes /				
Sr. No.		FA	हाँ / MILY DETAILS परि				
क्रम संख्या	पार	me of Family Member वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্ণ)	Gender शिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संस्वप		
3	CIDINGR	PEN BAND	63 36	MALE	PAINER		
		134,100		FFIII	A. J.		
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		ichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अया प्रति संलग्न क	Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड		Any-Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
		"PURPOSE" for	REQUESTING ASSI कर्य गर्य विनती का उ	STANCE:			
				scriptions Attached			
Sr. No. क्रम संख्या		अस्मताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
	DIAGNIOSUS - RETINIO BLASIDIMA						
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के तेतृ कोई अन्य	or SAME "PURPOS । सहायता किसी अन्य	E" from OTHER SOURCE	ES NUT		
	-	NAME of OTHER SOURCE	E		OF ASSISTANCE BEING AVAILED		
Sr. No. क्रम संख्या		अन्य स्वोत का नाय NA			ली गई सहायता राशी		

### DECLARATION by APPLICANT. STREET DIS LICENS THE

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & original to the property of the prope
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kastuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employers
- में क्ष्मण काल है कि इस मानव में दिने अने सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार साल यह नहीं है। और कोई विवास एवं कथा जान के से मेरी पालक विवास के क्षा
- 2) की हात के सहस्थत गाँव "कॉशिका भाउनदेशन", में ली जा गाँ। है, उसका उपकेष देशी उदेश्य की पूर्व के दिल्व किया जानेगा, जो इस प्राप्त में बाद गांध है।
- में पुष्ट करन हैं कि दिस सरायता हेतु यह प्रार्थता की गई है, उस गांत का आशिक मा संकात हिस्सा किसी अन्य प्रोक्त निर्माणनीय कामनों में त तो लिया है और न ही ब्लिक के कुछ।

### AGREEMENT by APPLICANT (SHORE BIT WITE)

- 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 pur-up/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 it's activities achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose"
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रयत पर अपने हस्ताकर या अंगठ को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सक्षमीत की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रॉशिका फाठडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा याम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रथव में मोपित हैं, उसे "कोशिवन" एवम् न्यामी, दान, याजना/या दूसरे उग्रंपय से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में काने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से मतमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकाश जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के हस्तावर या अंगुटे का निशान

#### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल हार करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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

हमारं आधिकृत, हस्ताकृती को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निस्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्क्रेंत में उका रोगी/मामले में लेंगे या ले गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनति आशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जारा है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्माट कहा जाता है कि अस्पताल दिनीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लंगी।

"काशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। ग्रंगी पर हस्यताल द्वारा रो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ग्रंगी एवं इस्थताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पूरिका या जिम्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR ACC स्वीकृती के लिए सं		
Date of Surgery अंपरेशन की तारीख २२/ऽ/२५	Dr. CHHAV AGUPTA  DMCC/R/100745  Fellowedeute ple styre file www. Quaptilityp)  siact at hi hi a statist a tol. h	S027 Key Dein-110002 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signato on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी	
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हमताका 2	
E	Sufungel	lice	
NAME OF TAXABLE PARTY.			

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

31st May, 2024

Dear Mr. Tandon

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

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Noor Fatima-E/0524/0037

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

Vame		Baby, Noor Fatima	Address/ Phone:	Sadae bazar Colonelganj Uttar Pradesh	
MR N		DEL-C-21-08- 0089	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.05.22	EUA	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 Daryagani, New Deihi-110002 India Ph.- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax: 011-43528816 E-mail: sceh@sceh.net, Website: www.sceh.net

OTHER CENTRES