APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 10 02-2024 APPLICATION No. : Building block of life. आवेदन संख्या : SEX लिंग AGE-YEARS आयु-वर्ष NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम IHAR PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 🖊 🚨 . ARMER TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Sr. No. Name of Family Member Age (Years) परिवार के सदस्यों का नाम SUDHANSHU आवेदक के साथ सम्बध लिंग क्रम संख्या उम्र (वर्ष) ATHER MAL MOTHER EMALE MATERNAL ACRET DEVI FEM ALE BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Any Other Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate BPL Card** (Attach Certificate Copy) Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Sr. No. RETINDISLASTOMA क्रम संख्या DIAGNOSIS ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम

NA

Sr. No. क्रम संख्या

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भाषणा पत्र: 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 & on
- liable for rejection/cancellation.

 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for
- 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 of
- for which this assistance is requested.

 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहार
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 2) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustee 1) By affixing my signature or thumb impression on this Pollif, I (Applied II), 1809, 30 which such assistance is requested/granted, through use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through the purpose of the such assistance is requested/granted, through the such assistance is requested/granted, through the such assistance is requested/granted. medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating informal activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requesting the such assistance is requesting the such assistance in the such assistance is requesting the such assistance in the such assistance is requesting the such assistance in the such as in the such as in the such assistance in the such as in the suc will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपन्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करत पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मा से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

काविता हैवी

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, (Hospital) hereby affirm & accent following:

(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 requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not go confirmation assentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other source. This

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 source. This patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital on the matter.

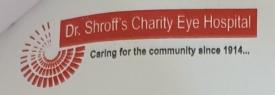
In the matter, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

in the matter. इमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्स्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरा का आर स मामलायामा का काशका काठण्डराग चा जागा गुरा गामाया का जागा है। प्रश्तिक की प्रव 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन 1) यह कि न तो वर्तमान आर न हो भावष्य म ावात्य सहायता किसा गर सरकारा सल्यान था किसा अन्य स्थाय स अपा प्राथमाथल न लग था ल रह ह, जस कि हमन "कोशिका फाउन्डेशन" द्वीर सिफारिश्र/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल से सिफारिश/विनीत उन्त के सम्बंध म "काशिका फाउन्डरान छाप नवर रुपान राजवार जाताचा गाउजका छाप प्रधानका जाता काशिक किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गर सरकारा सस्या था किया जन्य सामग्र से एक राज्य है। येगी पर हस्यताल हाग दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल

2. "क्षाशिका फाउन्डरान" स ला गइ सहायता कथला खायन अधूमा ना है। इसलिय हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख Dr. CHHAVI GUPTA 12:02.24 Fello (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2





28 February 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ananya- E/0224/0122

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

Name		Ananya	Address/ Phone:	Ward no. 1,Mohiuddin nagar, Rahepur, Samastipur, Bihar - 848502	
MR N		DEL-G-21-02-3960	Age/Sex	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024.02.12	Examination under Anesthesia	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 Daryaganj, New Delhi-110002 India Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax: 011-43528816 E-mail: sceh@sceh.net, Website: www.sceh.net