		orm FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप		(Healthca (स्वास्थ्य देख	भाल)	Koshika Foundation	
APPLICATION No.:	E 082	4 0130	APPLICA	TION DATE: 26	168/2024	Duilding Work of Uff	
NAME OF APPLICANT : SHREET HIT HIS	MAST	UVAISH	AG	E-YEARS SITE OF		A2000	
FATHER'S/SPOUSE'S N. चित्रा/अदुष्य का नाम	AME: MD	JAHLO CHAT	1ER)		100 1000		
BAUAH	A MER		YUA 9	आवासीय पता	doenly	3 7 7	
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRES	ss : स्थाई	आवस्तीय पता			
occupation: M(OTOR M	ECHANIC CFATH	ER)		MARRIED (fireifis	п) / инминятией (автайва) N.Д.	
TOTAL ANNUAL INCOME	101	OFO LFATHE	R)		(Attach Proof of (आय की सास्य		
PAN No. THE SHITH WES	AX ASSESSEE!	Tick whichever is applicable): प्रसही का निशान लगाये।	-	Yes / No डॉ / नहीं			
dell alla cala acc ann o	Contract (Con-	F	AMILY DE	TAILS परिवार विव	हरण <u>।</u>		
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age	(Years) (वर्ष)	Gender ਇੰਗ	Relation with Applicant आवेदक के साथ पानव	
क्रम संख्य	FAR 28	बार के सरस्यों का नाम NA KHATOON	0.9	50 F	MALF.	MOTHER	
a a	JAHIE	The state of the s	1	S MA	ME.	FATHER	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये थिनी	SSISTANC a SINIT	E (Tick whichever	r is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के तीचे प्रमाण एक (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संस्थान करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आयं वर्ग प्रमाण पत (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलग्न करें।		Ration Card (Attach Copy) उपभोतता कार्ड (प्रमाण पत्र की असा प्रति संसन्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" fo सहायता हेतु	r REQUES किये गये	TING ASSISTANC विनती का उद्देश्य:	DE:		
Sr. No. भूतम् संख्या		1	Medical R स्ताल/डॉक्टर	eports/Prescripti से जारी की गई ५	ions Attached गतिबेदन सूची संलग्न		
क्षान् संख्याः	NOW WELL - RESTOLO HANDMA						
8							
	- 32 m 1941	9-17					
-1-		ATRUE WARRINGU					
SHALLON CO.		1/0	1/0//			D ₁ v D ₂	
things.				AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF			
	Augusta (ASSISTANCE BEING AVAILED) for SAME	-pageose from	त other source	ES NO	
Sr. No.	1	इस उत्देश्य के हैं। कहें 3 NAME of OTHER SOLD अन्य क्लीड का नाम	4-0-300140	1400 85-1 1400	CAR I DO COMPLETE CONTRACT TO THE PERSON OF	of Assistance being availed of 45 higher built	
Will OSS	NA CA						

DECLARATION by APPLICANT. Sinker, tro. Strong 1981.

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the bost of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, it says.

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the bost of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, it says. hable 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 which such assistance was requested by one.

was requested by me.

2) Thereby confirm that I have not & will not in futore, avail of reimbursoment, in part of in full, from any other source/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. 1) में भागत बन्धा है कि इस मध्यम में सभी लिक्स्य भेरी व्यवसार के लागुसार साल एवं आहे हैं। यदि कोई विवस्य एवं अस्तर पाया जोता है तो मेरी संशयता नियस्त को जा सकती है।

 भेर प्राप्त के सहावत श्रीक "क्रोरियका न्यान्देशन" में तो जा रही है, उसका बांच्या उसी देशन की पूर्त के लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्त्य में चेरा गया है। के श्रीय करण है कि किस चंडानां तेतु तह प्राचेन की गई है, उस शींस का आजिक या सकत हिस्सा किसी अन्य और/नियोगक वीमा कस्मनी से ने शी तिया है और ने ही प्रक्रिय में लूंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use outline my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use of the property of use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & dotails of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any measure, including but not limited to well as including document of the purpose. meaning including but not limited to verbal, print, electronic, for soliching donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's appropriate the print of the foundation of the foundati activities factoring our manning to verball print, ejectronic, for soliciting donations for Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

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 suformatically orbitle too for repolation or community and a suformatically orbitle too for repolation or community. 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 the

- with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me. इस इस्त म असे इस्तबर वा अंग्रेट को साप नगावर, में (आवेदफ) अपनी शहपीत की पुष्टि करता है एवं "क्रिशिका पार्वदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, प्ता, कोट और वो विकरण इस प्रया में चीधित है, उसे "कोशिका" पूनन त्यासी, दान, वाचनान्या दूसरे उद्देशम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम
- हे प्रस्तीत करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रदेश का विवरण मेरे इलाव के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत हैं।
- मैं (आनंदक) इस बात से महमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवास को कि सहायता के क्ट्रेस्चों से प्राधित है मुझे स्वत: सकायता का विवास नहीं बनाता। इस सन्वेध में "क्रोमिका" एवम् इसफं न्यांसयां का निर्णय ऑहम और बायकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवचरण के शास्त्रकार या अंतृते का मिशान

A. SHINTER (grandfather)

AGREEMENT by HOSPITAL (Terrior HIT WERT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

mospical) hereby attent is accept acrowing.

The two 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 requested properties as a second of the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted 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 the shortfall from another NGO or any other source. requesting to get true roustike roundation, to the extent tree equit easistance to granted by nostike roundation, 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 by Koshiks Foundation, in part of in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other 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 confirmation essentially states that the Hospital will nature. The choice of the treatment/gracedure advised/conducted by the Hospital or the patient, is passed on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will patient, is passed on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation will have no role or responsibility assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

हमारे अभिन्त, हस्ताबरी को और से मामलेख्या को "कालिका फाउल्बेशन" से विनिय सहायता हेतु सिफारिश को बातो है, जिसे हम (हरसवाल) निम्न पंचार से भान्य व स्तीकार करते है। 1) यह कि न में वर्गमांव और न ही प्रविध्य में मिरिय महापता किया में सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उच्ना ग्रेगी,मामले में लेंगे पा ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिक्सिक्सीवर्गीत उक्त के सन्त्रथ में "क्विंकिया फाउन्हेंशन" द्वारा परंद तेतु कि है। यदि "क्विंकिया फाउन्हेशन" द्वारा सहागता विनात आरिक्सिक्सिक में में नुद नहीं किया जाता है तो अस्पतान कियों अन कि सलागे संस्था या दिया अन्य सम्माधन से प्रक्षायता लेते का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवीय पदए उन्नत रोगों/सामले हेट किसी

2. "ऑक्सिका प्रावन्दरान" में भी गई स्वायता क्रेमल भितित प्रमृति मी है। शेरी पर हस्पताल द्वास यो गई मलाई पा फिर्स गर्म उपप्रार/प्रक्रिल मा भुनाव शेरी एवं इत्यताल गैर संस्थामें संस्था का किसी अना गायन से नहीं लेग/जिमी। कं बाच का विपार है और "क्रोशिका फाउन्हेंशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोपी के इलाय सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारों रोपी एवं हस्पताल का होगी और "कटरंगका" को कार्ड चुंगका या जिल्लाहर इस मामले में नहीं होगी।

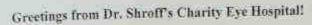
RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्योक्तों के लिए संस्तृति Dr. SIBSA DAS Date of Surgery Director ऑपरेशन की टारीख Oculonasty and On Washinglet Authorized Signatory on behalf of Property Dr. CHHAVI GUPTA Di. जाम व गर् इस्पताल अधिकत अधिकारो DISSIDER MERCAT PROPRIOSING FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हरताथा ।

Caring for the community since 1922...



Lock

Dear Mr. Tandon



Please find below attached estimate expenditure of Mast. Uvaish- E/0824/0130



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

Name		Mast, Uvaish	Address/ Phone:	Bagaha Ward-12 Bagaha Sitamarhi Bihar-843332	
MR N		DEL-C-24-08-2022	Age/Sex	4 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
.1	2024.08.26	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	(1)	
2	2024.08.27	MRI	6500	_i	6500
3.	2024.08.31	Chemotherapy	2500	i i	2500
		Total			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)