APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (अवास्थ्य देखपाल) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप noirabnue APPLICATION DATE: | Building block of SA APPLICATION No. आसंदन संख्या : AGE-YEARS HIT-IN HEX TEM NAME OF APPLICANT : MAL-8 YEARS आवंदक का नाम UMESH PATHER SISPOUSE'S NAME: FATHER पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS THE SHEET OF) TYAKAKHANID PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - THIS SHAPETY THE PRIVATE JOB OCCUPATION: MARRIED (Traifer) / UNMARRIED (Migaries) 1 TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) 20, 000 (आय का साक्ष्य पंतान) कुल जार्गिक आय PAN No. PER WITH HERI ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) ता / नही FAMILY DETAILS WROTE PROTEIN Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender परिवार के सदस्यों का नाम आवंदक के साथ सम्बंध अप संख्या उप्र (वर्ष) लिंग PATHER HELSIMO DLE ANITA MAPPER remove BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महाबता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) masis#Toot उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय चरां प्रभाण पत्र ८ जन्म कोई साध्य (प्रमाण पत्र की स्था प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की क्षत्रमा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पश्च को क्राया प्रति संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायना हेत् किये गये विनती का उपदेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. Na. अस्पताल/हॉक्टर से जारों को गई प्रतिकेदन सची संलग्न ज्ञाम संख्या RETINIOBLASTOMA 201 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस इट्टेंश्न के हेंद्र की। अन्य स्तायान किसी अन्य रावन के लिया गया और NAME OF DYHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Br. No. ली पर सम्बन्धा सभी प्रस्म संस्कृत 94-4 PCE 161 TO MAA

DECLARATION by APPLICANT. HIGGS, the white was

1) thereby politim that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & organics assistant. hable for rejection/cancellation. hable to rejection/cancellation.

2) isolefonty confirm that assistance, if received from Koshiks Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such washing.

was requested by me.

3) I beceby continuity that I have not 8 we not in future, avail of remoursement, in part or in full, from any other squires/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

में भोषण करता है कि एक प्रथम में तिये गये तथी विवारण मेरी जानकारी में अनुसार काल एवं सही है। मूंद नाई विवारण कर्य नमान नमान पाया जाना है जो केरे कालका निरास और का कालके के

मेरे अग जो सरायण गरिए "कोविका फार्क्सव", से दी का रही है, उसका अपनेन दस्से आएम गर्ने पूर्व के निर्म विका नार्नेगा, जो इस प्रकृत में पर प्रणा है।

में प्रश्न करता है कि शाक्ता के प्रश्न की भूती, अब साम के लिख का तकत किया कियी अप संवर्तनोहकर्तामां कमनी में न से दिया है और न ही शीवन में गुंका

AGREEMENT by APPLICANT (STORE OF THE)

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(put up/reproducts 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 dissominating information about it's activities/schicvements. Such use of my photo 8 details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rast solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

() इस एक पर करने इन्तावर वा लंगट की दाप रामावर में (आवेदक) अपनी संस्थित को पुष्टि करता है एवं "कोंगिका कारतेशा और उसके व्यातीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पण, परेने और में विकरण इस प्रयुक्त में प्रोपित है. उसे "कोशिक्ता" एका नगरी, दान आपनांगा सुन्ने उस्टेश्य से कुड़ी गतिविधियों ओर उपलीक्षणी के किसी की प्रसार माध्यम में प्रमालि करने के मनए अभिकृत है। मेरे ६४५ का विश्वाण मेरे इलाव में फल्ट मा बाद में करने के लिए "कॉरिका फाइडेमन" व न्यूकी अधिकृत है।

🗅 में (अजेंपक) देश बात में सहगत हैं कि मा। भाग, पता, पति और विवरण के कि महापता के उद्देशमों में प्रांपित है सुझे स्वरूप महापता का हकतार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बर्माकः।" एवन् इसके न्यानियी का निर्माय आविष् और गाल्यकारी शोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवरक वो हरताथा में अंगत का निश्चान

(FAMER)

AGREEMENT by HOSPITAL (THATER SHI WEST)

By affixing horounder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keahika Pagnation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will infuture avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the some 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 Koshiksi Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's eight to make up the shortfall from another NGO or any other source, This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any dublicate 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 trealment procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the pullont & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment, it's ourcome & salety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

तमार अधिकृत इन्तासरे की ओर से मामकारीयों को "करिकार फाउन्सेका" से विकिय सहायत हेतु मिन्नारिक की जाती है, जिसे इम (इस्त्यास) जिस समाप से मान्य से महीकोर करते हैं।

- ा) यह कि र में करमान और न हो भविष्य में वितिय महापता किसी मेर परकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उका संगीतमानने में तीने मा ले रहे हैं, जैसे कि बमने "काशिका कात-देशन" सं विकासिक्षांकर्तात तका के सम्बंध में "काशिका कावन्द्रेशन" हारा पदत हैतु कि है। पदि "कोशिका फाउन्हेशन" हुए। सहावता क्विनी आशिकासफस हेतु पन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल जिसी अन्य गैर भरवामी संस्था ज किसी अन्य सन्सामन में सहस्था रहेंने का अधिकार सुरवित रखन है। इस पूरिट में स्पष्ट कहा जाता है कि अववास दिवीय मदर उक्त संगीतकाल है। किसी पेर सम्बारी संख्या का कियाँ अन्य शासन से नहीं लेगा/लेपी।
- 2. "कर्मातक प्रापन्डणन" से रही गई सक्षमता केशल विरोध प्रकृति जो है। येगी पर इस्पताल द्वार हो गई जलाह या किये गये उपचारपहित्या का जुनाव गोगी एवं प्रस्थातल म मोना का विकास है और "मोशिक्स भारतकेशन" द्वार किया प्रकार का कोई एक्स नहीं है। इस्सीतमें अस्पताल में वेशी के इत्सम मुख्य और आने को मारे विकास से वेशी के इत्सम मुख्य और आने को मारे विकास के से विकास के स्थाप को रोगो और "काशिका" का कार्य भरिका या किमोदारों इस मामले में सही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery D'DY SIMA DAS Dr. CHIHAVI GUPTA (Na Action States of States and States of Stat Adjunct Consultant Octobastasty and Organ Opening Services
On Septiment Charty and Hospital
Ox. Septime Charty are Hospital FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आलारक वषयाग हत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्याची हस्काश्चर । न्यासी हासाबार

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

31st August, 2024

Dear Mr. Tandon



2000

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eve Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Virat Dewari- E/0824/0144

	1	1	ma Surgeries	-	
Name		Mast. Virat Dewari	Address/ Phone:	Shish mahal,Haldwani,Uttarakhand- 263139	
MR N		DEL-P-21-05-0506	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
i	2024.08.12	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000

Estimate cost of treatment

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

Total

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