DEL G- 24-03-2163

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायक्षा हेतु आवंदन धारूप

(Healthcare) (सम्बद्ध व्यवस्त) foundation

APPLICATION HIL MIST VED

0146

APPLICATION DATE: 5 BEX (HT) AGE-YEARS SITE-TY

Building block of the

MARKE HE APPLICANT . THE RESIDEN

NAMIK

3 YEARS

PATHENTE SPOURE TO HASTE विकास मा प्र

BRIJESH KE

(PATHER

VILLAGE

BARELLLY

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS FOR HUMBER WIL

MARRIED (DWINT) / UNMARRIED (HITCH)

:KUA

oncurrente.

HE WALLE

LABOURER (PATHER)

60,000 (PATHER)

(Amach Proof of Incoms) (এটা ডা মাহৰ মান্ত্ৰ)

MAKE

HAN BL. THE WILL THE

ARE YOU AN MICENSE TAX ASSESSED (Tax whichever is applicable) as any any any time of the sense of the first of the sense of the sense.

Yes No

2 2-	Nume of Parelly Monthly Special Services	Age (Fears) 20 (WI) 25 24 2-Michitus	Gender fint MALC ESMACE FEMACE	Relation with Applicant strike if the transfer in the transfer

BASHLI'D REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) प्राथमा के जिल्ला विन्नति अस्पत

SPL Sand (Attach Card Copy) भागत है है के मान प्रचान का (क्या पा पो धार की संसर थे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उत्तर अव वर्ष प्रयास पर ्यमण्ड वर्ष की भाषा भीर संस्था करे।

Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (अपन पर हो पन प्री प्रसम प्रदे। Any-Other BasisiProof भाग सर्वे सारा

PURPOSE! IN REQUESTING ASSISTANCE: महायस हेत बिन्ये गये जिनसे सब अपूर्वरणः

Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्त्राक्तवादिया में मार्च औं गई प्रतिबंदन सूची संस्थान
		RETUND BLACIDMA
0	TREADUS NT	CHEMO NIERAPY

ASSISTANCE SEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES. हम अहरेरात का जोतू को ने अहम समायका जिल्ली अहम कोन को विस्ता संस्था और

NO

NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT of ABSISTANCE BEING AVAILED Be His NA CONTRACTOR Bell Hope भी गई शहरतात प्राप्त

DECLARATION by APPLICANT: WHITE DIS NEW YE

- 13.1 hersely contline that distance in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & original assistances.
- 2) I columnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such a seek requested by me
- 3) I hetreby confirm that I have not & will not in house, avail of removatement, in part or in full, from any other source/employer/insulation company, of for which this assistance is requisited.
- 13 में भारत कात है कि इस प्रमान में ऐसे कर कार कियान मेरी उपकारों के अनुसार गांव कोई है। यह जाई कियान इसे अपना मान अपने है में मेरी नामाना विस्ता कोई के लिए उन कात करता है में मेरी नामाना विस्ता कोई के लिए उन कात करता है के मेरी नामाना विस्ता कोई की एक उन कात करता है के मेरी नामाना विस्ता कोई की एक उन कात करता है।
- में पुष्टि करत है कि दिस प्रत्यात है। या प्रयंत्र की मंदी, उस पांत का सकत दिसा किसो अन संविद्य के लिए है और न ही परिच्य के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (WHITE BID WITE)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Thistees to use/publishiput-op/reproduce my name, subtress, 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 desembleding information about it's activities/accessvenents. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or furtilment of the "purpose for which assistance is being requested."
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of og name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested granted, will not suformatically could me for receiving or communing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the saidstance will rest adely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस इन्ह पर अपने इस्तान या अंगते की बाद तायबर, में (शानंदक) जानी जामति को पुरंद करत हैं एवं "कॉमका पार्टिशन और उसके नामियों " को अधिकृत करते हैं कि तेस पत्त, परेट और को विकास इस इस में चींचा है, उसे "कोशाका" एवंग् नामी, दान, पानगरमा दूसी उद्देश्य में कृती गीलियोंकों और उसलीकों की किसी भी करते भागम में उसलीत करने को तिल्ल अधिकृत है। में प्रथम का (कामर को प्रथम को भाग कर से माने के लिए "कोशिका पानवेंसन" व नामी जीवज़ है।
- 3) में (आवेदक) इस बात से प्राप्त हैं कि पेत कर, पत, पति और जिस्स्य में कि स्वामत में अदिन है सुने बात: मामना कर स्वयन नहीं बचता इस अवदे में "बीतिया" एक्यू उसके नहींच्ये का निर्मार और कामको होता.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

mere e paris e agrecion

(LT OF PATMER)

AGREEMENT by HOSPITAL (KHIRH (NO WILK)

By alliang hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kostoka Foundation, as (Hospital) barroby affant & account following:

If that we neither are presently not will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are necessing to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is gramed by Koshika Foundation. If the requested assistance is not gramed 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 transment/propositive selvised/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 Hispital at assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & astery of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हजावारी को ओर से मन्तरानीनों को "कोरिका फार-नेशन" से विशेष सामना हो विराहरण को आगे हैं, जिसे इस (हस्साहर) जिला प्रकार से मृत्य व स्थेका करते हैं।

- 1) यह कि व ले मांगान और म वी वांगान में विशेष मांगान कि से की मांगान या कियों अन्य को में बात वीची-मांगान में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इपने "करियम पार्टनान" में किन्यांकित कर में कामा में कि मांगान पार्टनान के कि मांगान मांगान में कि मांगान मांगान के मांगान मांगान में कि मांगान मांगान में कि मांगान में मांगान में कि मांगान में की लेक्स मांगान में कि मांगान में कि मांगान में कि मांगान में कि लेक्स मांगान में कि लेक्स मांगान में कि लेक्स मांगान में कि मांगान में कि मांगान में कि लेक्स मांगान में कि मांगान में कि लेक्स मांगान में कि मांगान में मांगान में कि मांगान में मांगान में मांगान मांगान में मांगान मांगान में मांगान में मांगान मांगान में मांगान मां
- 2. "अमेरिका प्रतानकार में तो तो अमान अमान विशेष प्रमृति को है। तेरी या वस्त्रात हुए दी भी असात या क्षित्रे वर्ष उपलाहित्य का मुख्य होने इब उपलाह के बीच का निवाद है और "अमेरिका पातन्तिका" हाए जिसी प्रकार का कोई दशक की है। इपित्रों वस्त्रात में तीनी के हालाव मुख्य और आहे को को दिल्लेक्टी होने एक उपलाह की होनी और "अमेरिका" को की पुणिका या दिल्लेक्टी इस मामले में नहीं होने।

	RECOMMENDED FOR A स्वीभूती के विश्	NCCEPTENCE N.
Bute of Surgery	DI, CHARLEUPTA ONCONVIOOTAS Fellowrenal Dr. & Royandstandincelagge)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUR	
5101	TATURE OF TRUSTEE 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2

Dr. Shroff's Chanty Eye Hospital Dath! is Now NABH Accredited

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Naitik- E/0324/0146

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

LEBO ICATION DATE DATE DATE

Name		Naitik	Address/ Phone:	Village Harpur, Di pradesh	strict Bareilly, Utfar
MR N		DEL-G-24-03-2163	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-08	Examination under Anesthesia	2000	T	2000
2	2024-03-13	Chemotherapy	2500	E.	2500
3	2024-03-10	MRI	6500	E)	6500
4	2024-03-13	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			31000

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