		RM FOR ASSISTANCE रू आवेदन प्रारूप		देखपाल)	Koshika foundation
PLICATION No. :	F108	125 0 62	PPLICATION DATE	11-08-2025	Building block of the
ME of APPLICANT : देक को नाम	Sh	IARA	AGE-YEARS &		
THER S/SPOUSE'S N /কেবুম্ম কা নাম	HAME :	SONU CHAT	HER)	TO IT CHAILS	10 PM
SUKHA,	JABA	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	MADY	VA	ω /
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS:	स्थार् आवासीय पता		# 3.4
CUPATION:	/ Agni	IRER CFATI	u E e l	MARRIED (Reniter) /	UNMARRIED (MATHER)
वस्त्रप TALANNUAL INCOM ल वार्षिक आय		20,000 CFA		(Attach Proof of Inco (अप्रय का साध्य संलग	ombj न)
AN No. स्थाई खाता सं RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सड़ी को निकान लगाये।	Yes / No कॉ / नव	in the second	
H 30.1 3111 313 WH		FAM	LY DETAILS परिवार	विवरण Gender	Relation with Applicant
Sr. No. क्रम संख्य	Na Wi	me of Family Member त्वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তয় (বর্থ)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बंध
371 HOW	SOA		28	PEMALE	MOTHER
	- SP	HINT			
	-				
		BASIS for REQUESTING ASSIS	TANCE (Tick which	over is applicable)	
		सहायता के लिये विनर्तत अ	PAIK	W. 12.70	Any Other-
BPL Co (Attach Care गरीवी रेख्य के बी (प्रमाण पत्र की स्वय	d Copy) चे प्रमाण पत्र	सहायता के लिये विनात अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करें।	हिस (Atti ट्रियम (क्रमाम पत्र को	ion Card sch Copy) क्ता कार्ड सन्द प्रति संसन्त करे।	Any Other Basin Proof अन्य कोई मास्य
(Attach Care गरीबी रेखा के मी	d Copy) वे प्रमाण पत्र	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये	हिश् (Attu उपम (प्रमाम पत्र को एप्टिंडTING ASSISTA गर्म विनक्षे का उर्देश	jon Card ich Copy) क्ता कार्ड अन्य प्रति संस्थान करे। INCE: य:	BasistProof
(Attach Care गरीबी रेखा के मी	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाम पत्र (प्रमाम पत्र की कामा प्रति संलग्न करें। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये Media	हिंद्र (प्रमाण पत्र को एUESTING ASSISTA गर्प विनासे का उर्द्रेश (ज्ञा Reports/Prescri	jon Card ech Copy) क्रिया कार्ड क्रिया प्रति संस्थान करे। INCE: य: ptions Attached प्रतिसंदन सूची संस्थान	BasistProof
(Attach Care गरीवी रेखा को मी (प्रमाण पत्र की सन्ध	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) अत्य आय वर्ग प्रमाम पत्र (प्रमाम पत्र की छापा प्रति संलग्न करें। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये	Rai (Atta उपम (प्रमाम पत्र को त्रमें विनस्त्र का उर्द्रेर (बो Reports/Prescri	jon Card ich Copy) क्ता कार्ड इस्ट प्रति संस्था करे। INCE: प:	BasistYroof अन्य कोई साक्य
(Attach Care गरीवी रेखा के पी (प्रमाण पत्र की सन्य Sr. No. क्रम संख्या	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाम पत्र (प्रमाम पत्र की कामा प्रति संलग्न करें। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये Media	Rai (Atta उपम (प्रमाम पत्र को त्रमें विनस्त्र का उर्द्रेर (बो Reports/Prescri	ion Card ich Copy) क्रिया कार्य क्रिया प्रति संस्थान करे। NCE: प: ptions Attached प्रतियंदन सूची संस्थान	BasistYroof अन्य कोई साक्य
(Attach Care गरीवी रेखा के पी (प्रमाण पत्र की सन्य Sr. No. क्रम संख्या	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाम पत्र (प्रमाम पत्र की कामा प्रति संलग्न करें। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये Media	Rai (Atta उपम (प्रमाम पत्र को त्रमें विनस्त्र का उर्द्रेर (बो Reports/Prescri	ion Card ich Copy) क्रिया कार्य क्रिया प्रति संस्थान करे। NCE: प: ptions Attached प्रतियंदन सूची संस्थान	BasistYroof अन्य कोई साक्य
(Attach Care गरीवी रेखा के पी (प्रमाण पत्र की सन्य Sr. No. क्रम संख्या	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाम पत्र (प्रमाम पत्र की कामा प्रति संलग्न करें। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये Media	Rai (Atta उपम (प्रमाम पत्र को त्रमें विनस्त्र का उर्द्रेर (बो Reports/Prescri	ion Card ich Copy) क्रिया कार्य क्रिया प्रति संस्थान करे। NCE: प: ptions Attached प्रतियंदन सूची संस्थान	BasistYroof अन्य कोई साक्य
(Attach Care गरीवी रेखा के पी (प्रमाण पत्र की सन्य Sr. No. ज्रम संख्या	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाय पत्र (प्रमाय पत्र की छाया प्रति संलान करे। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये Media अस्पताहरू	Rai (Atti ट्रियमा पत्र को एप्प्रहरामित ASSISTA गर्प विश्वती का उर्द्रेश होन्द्र से जारी की गर्	Son Card sch Capy) iकता कार्य अस्य प्रति संस्थन करे। NCE: ptions Attached प्रतिबंदन सूची संस्थन Own OTHER SOURCES त से तिया गया हो?	Basiati/roof जिल्ला कोई साक्य
(Attach Care गरीवी रेखा के पी (प्रमाण पत्र की सन्य Sr. No. क्रम संख्या	d Copy) वे प्रमाण पत्र प्रति संस्थ्य करे।	सहायता के लिये विनास अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाय पत्र (प्रमाय पत्र की स्नाया प्रति संस्थान करें। "PURPOSE" for RE सहायता हेर्नु किये Media अस्पताहरू	Rai (Atti ट्रियमा पत्र को एप्प्रहरामित ASSISTA गर्प विश्वती का उर्द्रेश होन्द्र से जारी की गर्	on Card ech Copy) ien कार्ड क्रम करें। NCE: य: ptions Attached प्रतिवेदन सूची संतान अस्मिति स्तान	Basistyroof अया नोई मान्य

DECLARATION by APPLICANT: MINES EN MENT THE

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any take statement will render my Appacetion & engoing assistance, it any, liable for rejection/cancelation.
- Scientify 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 me.
- 3) I hereby confirm that I have not 8 will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requiested.
- मैं घोषणा करता है कि इस सकत से दिने गये सभी विवाल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सभी है। यदि कोई किवाल एवं कथन अस्तान गया बाल है तो मेरी सहायता निर्मत की अ सकती है
- मेरे हारा जो सहागत गाँश "क्र"शिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका दमकेन उसी क्रीए की कृति के लिया जायेगा, के इस प्रक्रम में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहादता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का ऑशिक या सकल हिस्स किसी आप सोवर्गनवोजकानीया कम्पन्न से व गो लिख है और न से पांचक में स्पृत।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET BY WOLL)

- 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/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 denetions 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 end/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.
- 1) इस प्रथम पर अपने इस्त्रक्षर या अन्ति की छाप समाजर, मैं (आवेदक) अपनी सहस्रति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉरिक्स मार्टडेंगन और उसके न्यासीयों "को जीवन्त करता हूँ कि मेछ नाम, पाटे और जो विवरण इस प्रथम में पार्थित है, उसे "कॉरिक्स" एक्स न्यासी, यान, यासचाया तृसी उप्तेष्ट्य में मुझै ग्रांतिकीयों और वपतानियों के एसे किसी भी प्रभार पाष्ट्रम से प्रथमित करने के लिए अधिकृत हैं। भी प्रपत्न का विवरण मी इलाज के पहले मा बाए में करने के लिए "बॉरिक्स माज्ञावन" व न्यासी ग्राधिकृत हैं।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहामत के बद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहापता का इकदार नहीं बनावा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवन् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदन के इस्तास्य या अंतर्ने का विशान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPORT DIT GER)

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:

I) that we neither are presently nor will in future svall of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Kosnika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from another NGO or any other source. This 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्तावरों की आर से मामलेपीमों को "कोशिका फाउन्हेरल" से वितिध सहस्ता हेतु सिफारिश की जातों है, जिसे हम (हस्पताल) निज प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ये पांचल और न ही भावत्य में वितिध सहस्ता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य करते से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले को है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" हो। सिफारिश/विनांत उत्तर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हो। पर हों। कि है। विदे "कोशिका फाउन्हेशन" हो। सहस्ता विनांत आधिकार सामक्ष्य से किसी अन्य मास्य में किसी अन्य मास्य से सहस्ता लेगे का अधिकार सुर्विध रखाया है। इस पृष्टि में स्वय्द कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/फायने हेतु किसी मिर सरकारी संस्थ या किसी अन्य साधन से लेगा-लेगो।

2 "काशिका फाट-देशन" से ली वह सहायता केवल कितिय प्रकृति की है: ऐगी पर हस्पताल द्वारा में गई सलाह था किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "काशिका फाउन्टेशन" हारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इस्रोलचे हस्पताल में रोगी के इलाव सुख्या औठ असे किसी किसी होगी होगी एवं हस्पताल की होगी और "काशिका" की कोई पृथिका या किसीएरो इस सामले में नहीं होगी।
Oirector

Dr. CHHA\ GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Director, Medical Education Department
Adjunct Consultant, स्वीकृती के लिए संस्तृति Regd. No. 00291

Date of Surgery ऑपरेशन को लेखें।
Description of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
अर्थिशन को लेखें।
Description of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
अर्थिकृत अर्थिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्त्रीक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यानी हस्ताकर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यानी हस्ताकर ।

प्रिक्रियापुरी

प्रिक्रियापुरी

प्रिक्रियापुरी

Ot. Shroff's Charity Eye Hospital Opini is Now NABH Accredited

31st August 2026

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby Swara-E/0825/0162

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

Name		Baby Swara DEL-G-25-07-5233	Address/ Phone: Age/Sex	Sukha, Jabalpur, Patna, Madhya Pradesh- 482002	
MRN				1 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
4	14/08/2025	Genetic Test	20000	Ť	20000
2	25/08/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			22000

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

-finalit acanimacentinal, traballa . www.aca