# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) foundation

Building block of life

APPLICATION No. : आगरत संख्या

€ 0324 046 4

APPLICATION DATE: मागेदन तिथी

30

MAME of APPLICANT: नानंदर का गंध

SAMAR

AGE-YEARS SITE-TO 3 YEARS

SEX PM MALE

FATHER STRPOUTE'S NAME! विवारमञ्जूषम् का माम

DARSA

SHAMSHAD

(ASMEA)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS THE STURE OF

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वा आवसीय पव



OCCUPATION:

LABOURER

(FATHER)

MARRIED (Smith) / UNMARRIED (SMITHING) (A/A)

TOTAL ANNUAL INCOME मृत माणिक आय

24,000

HAT/18/E.)

(Attach Proof of Income) (आग का सावग मंतरन)

PAN No. FAIR SUIT WITH

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आव आव कर याता है (जो मन्य हो उद्य पर सही का निशान समाप्र)

Yun / No

3	Name of Family Member परिवार को सदस्यों की नाम SMAM SWAD	Age (Years) dis (qt) 25	Gender 信刊 MALE FEM新LE	Relation with Applican आवेदन में साथ सम्बद्ध FADILER
\$	PATINA	50	FEM ALE	MOTHER JUSTER
				1 1100

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये क्लिक आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नरीबी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (प्रमान पर को छावा प्रति मंतरन करें।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अय वर्ग प्रमाण एव (अमाण एवं को ख़बा उर्के संसम् प्रते।

Ration Card (Attach Copy) वपभोत्रता कार्ड (प्रयाण पत्र की कवा पति अंशान करे।

Any Othur Disis/Proof सन्य कोई साला

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतो या उद्देश्यः

Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या जस्मवाल/डॉबटर से वारी को गई प्रतिबंदन सूची छलान DIAGNID SIS-RETINU BLASTOPPA

ASSISTANCE BEING AVAILED NO SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहावता किसी अन्य स्क्रोत से लिया गया हो?

MO:

NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED कृत संख्या अन्य एकंत्र का नाम en of usous out MA

- DECLARATION by APPLICANT: Anics, git share the to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing to the propose, as stated in this Form for the propose. 1) I hereby confirm that all details in this Form are store with the second form that second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the second from Kostuka Foundation, will be used only for the "purpose".
- 2) I solemnly confirm that assistance. If received from numbers of removement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company. ा प्रकार के प्रमाण करता है कि इस धारण में दिये पर्य प्रमी किन्दान पेरी जानवारी के अनुसार प्रत्य पूर्व कर्मा करता है कि इस धारण में दिये पर्य प्रमी किन्दान पेरी जानवारी के अनुसार प्रत्य पूर्व कर्मा करता है कि इस धारण में दिये पर्य प्रभी किन्दान में अनुसार प्रत्य पूर्व कर्मा करता है।
- 2) मा इस के स्वायक पीत कामका कर बराद , या का का बा है, उसका उत्पाद का कार किसी आज संतर्रियोजन/बीमा करपनी से प से तिया है और उसी पतिया ने पीत

### AGREEMENT by APPLICANT (STORES ETC. STORY)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/put-uptreproduce 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 disseminating information allows its 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 5 details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted. will not automatically entitle mie for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest ediely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रणा चर अपने इस्ताबर या अंगते की साथ समाकर, मैं (आनंदक) उरमी मात्र्यात की पुष्टि करता है एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीवें " को जॉमपूत इसता है कि ना नन भाग, कोर्ट और वो विवरण इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, यन, पायना/वा दूसरे उर्दश्य से बुझी गतिविधियों और उपलोक्यमों से सिने किसी भी प्रसार साध्यक्त कं प्रभावित काने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निवास मेरे इलाव के पहले या खर में काने के लिए "कोरिका फाउर्डमव" व त्यामी ऑफहुत है।
- 2) में (क्लोबक) इस बात से कापता हैं कि येश रूम, फांत, फोटो और निवरण जो कि सतामल में टर्पेशों से प्राचित है मुझे स्वत: स्वापता का इकतपुर नहीं बगाता। इस मार्थक्ष में "क्षीतका" एतम् उसके न्यामध्ये का निर्णय व्यक्ति और स्थापनारी श्रेणा

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: सम्बंदन में इस्ताहर या जांगूरे का निवाल

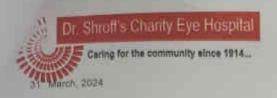
# AGREEMENT by HOSPITAL (SPINIS ERI SKIT)

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

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same putient/case, as we are requesting to get from Kosbika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kosbika Foundation. If the requested assistance is not granted 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. The

- 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 treatment/procedure advised/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 Hospital will essume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the potient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility
- हमारे अधिकृत, प्रस्तावारी को अंद से सम्मतंत्रों को "कांकिका फार-देशन" से विशेष सहावता हेतु सिपडींटा की वाली है, विसे हम (इस्पत्तल) निम्न त्रकार से मन्य व स्वोकार काले हैं।
- 1) यह जि. त. वो वर्तमान और न हो अविष्य में भिविय महाध्या किसी पैर सरकारी संस्थान वा मिसी अना स्थेत से उसत ऐसी/मानते में लेने या से रहे हैं, वेसे कि इसने "कोशिक्ट फाउन्सेमन" में जिएकोरिना विचारि जाना अं सान्त्रक में "कोशिका फाउन्हेंशन" हाए पहर हेतु कि हैं। परि "कोशिका फाउन्हेंशन" हाए महायता विनिष्ठ आरोक मकता हेतु पन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्त्रास किसी अन्य में। सरकारों मंदया या किसी अन्य सन्तामन से महानता लेने का अधिकार सुरक्षित एकता है। इस पूछि में स्पष्ट कहा बाता है कि अध्यक्त द्वितीन पदर उक्क सेनी,नामले के किसी मेर मरकारी संस्था का किसी अन्य साधन में नहीं लेका/नेती
- 2 "कारियका 'कात-देशन" से ली गई समायता क्षेत्रल खित्य प्रकृति की है। सेगी या इस्पताल हाठ दी गई मलाइ मा किये गये उपचारण्यिका का जुनाव देगी दर्व हस्पताल
- ं बोच का विषय है और "क्रोंशिका फाउन्देशन" हुए किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये स्थ्यात में येगों के इलान सुरक्षा और आने चारे की नहीं किमोदारी येगी एवं सम्पतात की होगी और "कोशिका" की बाई भूमिका वा किम्मेदार्ग हम मामले में नहीं होगी।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE रखीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. CHHAVLGUPTA ऑपरेशन की सरीध OMICOE PO745 Fellowards by 1888 (190745 With Starte) (Name, Designation& Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) दावटर क्या किया व हस्ताहर व रवि. च नाम व पर हस्पताल अधिकृत जांचकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्डीरक वगयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्तावर १ न्यसी बस्तासा ३



Dear Mr. Tandon



# Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Samar- E/0324/0164

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

Name		Samar	Address/ Phone:	H no. 78, Naya bans, Khari baoli, Chandn chowk, Deihi	
MR N		DEL-G-22-08-5826	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No, of unit	Aprox. Cost
Ť	2024-03-20	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regard

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