		DRM FOR ASSISTANCE		(thcare)		Koshika		
N E	सहायता हे	तू आवेदन प्रारूप		य देखभाल)		foundation Building black of ife.		
PPLICATION No. :	E108	25 0 65	APPLICATION DAT आवेदन तिथी					
AME of APPLICANT : विदेक का नाम	SURYA	RAJ	4 YEV	200	HLC-			
ATHER'S/SPOUSE'S N ता/कटुम्प का नाप	AME:	SACHIN CFA	THER)	car				
монамер	BUAK	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	19 WHAT		52106			
ο.	Andrew Control	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय प	4	\equiv			
		1000	11-01	MARRIED	(विवाहित) / ६	NMARRIED (अविवर्धकरा)		
OCCUPATION: TEACHER (Attach Proof of						Income)		
DTAL ANNUAL INCO भुल वार्षिक आय		80,000. (HILAE	(आय का	MIN'S INC.			
'AN NO. 전대 형제 대한 RE YOU AN INCOME	TAM SECTORES	(Tick whichever is applicable):	Yes /	No Hai				
या आप उसम कर पता	इ (जा मान्य हा	FAI	MILY DETAILS परि	ार विवरण Gender		Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बंध		
Sr. No.	N N	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का खम	Age (Years) उग्र (वर्ष)	M ALL		LOTHER		
क्रम संख्या	500	HIN	20	FEMA	E	MOTHER.		
2	18.6	FBUL						
					-			
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick which	phever is applica	hie)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्वया प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाप पत्र (प्रमाण पत्र की सम्ब प्रति संतप्प करे	্ ব (ছুনাল ফুর	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्य (प्रयाण पत्र की काया प्रति संतगन करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
Cana a second		"PURPOSE" for R	EQUESTING ASSIS	TANCE:				
P-We	in the same of the	W.	illes Reports/Pres	criptions Attac	hed ग्रांत्राच			
Sr. No. क्रम संख्या		अस्पताल/सॉन्टर से जारों की गई प्रतिबेदन सूची संलान ० । स्ट । ० स्ट । । ८ - १६७ । ० स्ट ।						
9	PREATMENT - KET MARCHSTOPA							
17.00	W 20							

		ASSISTANCE BEING AVAILED to	SAME "PURPOSE	" from OTHER S	SOURCES	10-		
	-	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE				SISTANCE BEING AVAILED		
Sr. NO. अन्य भूति क		सन्य स्त्रांत का नाम				र्षं महायता यसी		
		(Vi)		9				
				-	910			

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक हात घोषणा पत्र:

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. liable for rejections. liable for rejection/cancellation "some for rejection/cancellation.
2) I solermity 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:

was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, eveil of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is to be a source. for which this assistance is requested.

1) में भोषका करता है कि इस प्रक्रप में दिये गई साथ विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कपन असत्य पाना जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकता है 2) मेरे दारा को करता

 मेरे हात जो सहायता एकि "क्रिका फाउन्हेंतन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
 मैं एकि काल के किया कार्या एकि "क्रिका फाउन्हेंतन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है। 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेंदु यह प्रार्थना वी गई है, उसका उपयोग उसी उदेशम की पूर्त क 1004 किया में स्वीतिक करता है कि जिस सहायता हेंदु यह प्रार्थना वी गई है, उस शांश का ऑशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य झोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेदक द्वारा करार)

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. use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including any name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including any 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 about it's activities/achievements. Such as a first market of the "purpose" activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance. 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 automatically agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance will rest solely 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 Kontinuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the said assistance.

with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रवद पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, में (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके नदसीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विकरण इस प्रपन्न में भोषित हैं, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, याचनप्रया दूसरे तब्देश्य से बुढी गतिविधियों और अपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिन्त है। मेरे प्रपत्र का विदरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" व न्यांनी अधिन्त्त है।

2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो उन्हैं विवरण को कि सहामक के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं गुझे स्वतः सहामता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्ताधर या अंगूठे का निशान

46413418

AGREEMENT by HOSPITAL (EMPIRE DR WOLL)

By effixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we 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 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 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 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 assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की उदेर से मामले रोगी को "कोशिका काउन्हेरान" से वितिष सहावता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विदिय सहायता किसी गैर साकारी मंस्यान या किसी अन्य श्वेत से तका रोगी/न्द्रमले में लेंगे या शे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उक्त के साम्बंध में "कोशिका फावन्डेशन" प्राप्त भवर हेतु कि है। वहि "कोशिका फाउन्डेशन" प्राप्त विनति उप्रोशिक/सक्तस हेतु मन्पुर नहीं किन्द जाल है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थ या किसी अन्य सन्साधन से सहस्रत शेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उकत रोगी/पामले हेतु किसी

2 "कोशिका फारन्देशन" से लो गाँ सहायतः कंपल विदिय प्रकृति को है। संगी पर इस्पताल द्वारा दी गई चलात या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुन्तव रोगी एवं इस्पताल 2 "कारका कावण्डान के को कावज्ञान" प्राच किसी प्रकार का कोई रबाव को है। इसकिये इस्पताल में येगी के इत्यान सुरक्ष और आपे को की सबी निम्मेदारी येगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशियन का विस्तालित इस आधान में नहीं कोगी।

की इंग्से और "सोशिकः" को कोई पुस्कित या जिल्लेशी इस आपने में नुझे होगी। Dr. CHHA'. GUPTA Adjunct Consultant RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Octomorphisms and Octom Octomorphisms of Recommended of Recommend Director Oculoplasty and Ocular Oncology स्थानको के लिए संस्तृत Dr. Shroff's Charry To Hospital d to 00291 Date of Surgery Hay The Hospital ऑपरेशन की वारीख (Name, Designation) Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्तावार व राज्य न नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 1

न्यासी इस्तामर 2



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Delhi is Now NABH Accredited

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Surya Raj-E/0825/0165

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

Name		Mast Surya Raj	Address/ Phone:	Mohanpur, Ward no. 7, Mohanpu Saharsa, Balwahat, Bihar- 852106		
MR N		DEL-G-23-06-4543	Age/Sex	4 years	Male	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost	
1	20/08/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000	
		Total			2000	

Best Regards

Dr. Sima Day

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)