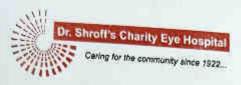
		4		Koshika		
APPLICATI सहार	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप		thcare) (देखपाल)	foundation suiteling block of life.		
APPLICATION No.	क नाजपूर्व आक्रम	(स्वास्थर	2.201	Sullding Stock S		
	10825/0167	PPLICATION DATE	25-28-2015			
13A	BY CAUSIVA	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	- 30 3CA			
ATHER'S/SPOUSE'S NAME :	- AHOSIAH	06 YEA	HRS FEMALE			
HIVEST BI TH	RIVASAT	COTHE	e 1			
753	PRESENT	CFATHE				
353 BELAS	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प ८ मेर्रा है दि	TCH			
	· P - 1 27 8 8 2 7	g HILBI				
	PERMANENT DESIGNATION	- L 10		Marie Marie		
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	स्याई आकासाय पा				
		2.0				
CCUPATION: (IA/CIC)	UED WORKER CF		Constant (Station)	UNMARKRIED (adequiter)		
OTAL ANNUAL INCOME	MOKKER CA	ATHER)	(Attach Proof of Inc	omal		
ाल बापक अध्य	84,000 CFATI	UFR)	(आय का साह्य सर	R)		
UN No. स्थाई खाता संख्या		61/				
RE YOU AN INCOME TAX ASS	ESSEE (Tick whichever is epplicable):	Yes /	No			
ल जान जान कर दोता ह (जा म	a ni nu ac eit mi fattle Gitel	हो /				
Sr. No.	Name of Family Member	ILY DETAILS THE	Gender Gender	Retation with Applicant आयेएक को साथ सम्बद्ध		
क्रम संख्या	परिवार के सरस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (पर्य)	fN/4	CATUER		
9	X I V A C IA	35	MELE	MOTHER		
	RUKSHANA	31	PERIOD.			
	The second secon					
				1400		
				THE PARTY OF THE P		
		1000				
	BASIS for REQUESTING ASSIS	STANCE (Tick which	never is applicable)			
and the same	सहायता के लिये विनित व					
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Cartificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof		
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पा	अस्य आय को प्रधान रह	उपयोक्ता कार्य		अवस्थानगर्भ		
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान व	हो। (प्रज्ञम यह की स्वय प्रति संसन्य करे।	(100 00 0	वी काम प्रति छोलान मारे।	Contract of the contract of th		
	"PURPOSE" for RE	FOUESTING ASSIS	TANCE:			
	सहायक हेत् कि	ने गरे विनदी का उद	(रेश्य:			
Sc. No.	Med	ical Reports/Pres	criptions Attached			
क्रप संख्य	अस्पवानश्रान्तर से बारी की गई प्रविनेदन सूची संताप					
li .	DIAGNASIS	KETIA	NK LASTON	4		
2.	TREATMENT -	GENE	11 1251.			
Telephone and the second		1000				
			9.8	3		
			THE STATE OF			
			U STATE OF THE STA	ELECTION PARTY		
				THE RESERVE TO THE		
	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य र	SAME PURPOSE	from OTHER SOURCES	(A)		
	इस उर्दरम के हेर् कार अन्य	सहायता किसी अन्य	The second secon			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE जन्म स्वोत का नाम	AMOUNT		SSISTANCE BEING AVAILED		
इस् संस्थ	LA-			नरं महायस वर्षा		
		2001 100	Se us serve			
		THE RESERVE				

DECLARATION by APPLICANT: अन्तेरम हारा घोषणा प्रः 1) I hereby confirm that all cetails in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & ongoing assistance. If any, liable for rejection/cancellation 2) I solemnity confirm that assistance. If receive was requested by a selected in this Form, for which such assistance was requested by any faise statement will render my Application & ongoing assistance. liable for rejection/cancellation. It is selected to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & original assistance. If received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance. If received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which the amount of the purpose of the amount of the purpose of the purpose of the amount of the purpose of t 3) I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which this assistance is requested. 1) में योगण करता है कि इस गाउन के कर्म for which this assistance is requested. 1) में योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी कनकारों के अनुसार सत्य एवं सही विवरण एवं कवन अतान गया जात है तो सेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मेरे द्वारा को सहायता राहि "कोशियता फाउन्होंन" से की कनकारों के अनुसार सत्य एवं सही विवरण एवं कवन अतान गया जात है तो सेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 3) मैं पुष्टि करता है कि हम प्रारूप में पर गया है। मेरे द्वारा को स्वाधिका पाल किये गये सभी विवरण भेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कदन असाम ग्रांस कर पाल है। मेरे द्वारा को स्वाधिका पाल जो का कर कर के लिए के लिए किया पार्थण, जो इस पाल में पत गढ़ा है। में पुष्टि करता है कि जिस सहागत है। पाल पार्थ के पाल पार्थ के लिए किया पार्थण के पाल के लिए किया पार्थण के पाल पार्थ के लिए किया पार्थण के पाल पार्थ के पार्थ के पाल पार्थ के अभा कर स्तापना शक्ति "कोशिका फाउन्हेंशन", से श्री का सकते हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया समय है। 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की मई है, उस राशि का आंशिक या मकल इंडसा किसी लिये किया समयी से प सो लिया है और र ही सिक्य में स्पृत्ता। AGREEMENT by APPLICANT (signs and the state of the stat AGREEMENT by APPLICANT (sequence of the seque medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting densitions for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my observation, for soliciting densitions for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my observations for soliciting densitions for Koshika Foundation and/or disseminating information are purpose for which accident and or fulfillment or the "purpose". activities/achievements. Such use of my photo & details of the 'purpose', for which such assistance is requested. 3. Such use of my photo & details of the 'purpose' for which assistance is being requested. 3. I (Applicant) to the purpose of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the 'purpose' for which assistance is being requested. 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 entitle me for receiving any 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 Koshika Foundation, and the assistance. with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या आंग्रे की छन लगकर, मैं (अनेदक) अपनी सहप्रति की पुष्टि करता ई यूर्व "कोश्रिका कार्डक्रन और उसके न्याचीयाँ " को अधिकृत करता ई कि पेरा नाम, पता, कोश्रे और जो विकास कर करता है कि पोरा नाम करता है यूर्व "कोश्रिका कार्डक्रन और उसके न्याचीयाँ " को अधिकृत करता है कि पोरा नाम कि पार नाम करता है कि पार नाम कि पार नाम क पता, कोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवप् नामी, रान, यामनाया पूर्व इत्रुर्शन से मुठी गतिबिधमें और उपलब्धिमों के लिये किसी यो प्रस्तर माध्यम से प्रसारित करने के किन जोरिक से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपष्ट का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस जात से सहमत हैं कि मेरा न्यम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्यक्ष के ठर्दरेशों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहस्यक्ष का शकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" पता "कोशिका" एवन् उसके न्यांसर्वों का निर्णय अतिम और बाध्यकतो होगा। APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के इसाधार या अंगुते का निवान 3. 9711-11 AGREEMENT by HOSPITAL (SENDER DID STOT) 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: 1) 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 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 petient/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. in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताकरी की ओर से मामले-पोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारित की बार्ध है, जिसे हम (हस्पताल) निन्न प्रवास से मान्य व स्थीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मधिका में वितिस सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से वक्त रोगी/क्याले में लेंचे क ले खे है, जैसे कि हमने "कांतिका फाउन्टेंडन" से सिफारिश/विचार उक्त के सम्बंध में "कोरिका फारन्टेशन" हारा मदर हेतु कि है। मेर "क्षेत्रिका कारन्टेशन" हारा सहायक बिनति उन्होंक सकत हेतु मन्तुर नहीं किया कहा है हो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन में सहावता लेने का आंधकार मुर्राधद रखता है। इस गूष्टि में स्टब्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी रैर सरकारी संस्था व्य किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहस्पता केवल वितिय प्रकृति करे हैं। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलब या किये गये उपचारप्रक्रिया का युन्नव रोगी एवं इस्पताल 2. काराचा मारका मारका पाउन्हेंसन पाउन्हेंसन" द्वार किसी प्रकार का कोई प्रथम नहीं हैं। इसलिये इस्पताल में केंगे के इलान सुरक्ष और उपने बार्न की समितिक केंगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृगिका या लिप्पेसी मूल गण्डु हैं होती। Oculoplasty and Ocular oncology services Deviloplasty and Ocuser OncologEGOMMENDED FOR ACCEPTENCE Director, Medical Education Department Regd, No. (00291 Dr. Shoots Charles See Monoital Read No. 100745 स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Shrott's Charty Saw Hospital **Date of Surgery** (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn, No. with Stamp) on behalf of Hospital) हाक्टर का न्हम व हस्ताक्षर व रिन्ह न नाम व पर इस्पतान अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE OF TRUSTEE 2 SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।



Dir. ShrotTs Charity Eye Hospital Dalhi 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 Baby Gausiya-E/0825/0167

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

Name		Baby Gausiya	Address/ Phone:	353, Belaspur, moharba, bauraich, U.P 271882		
MR N		DEL-P-23-10- 4634	Age/Sex	6 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost	
1	28/08/2025	Genetic Test	25000	4	25000	
		Total			25000	

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