| 24   | Del-G  | -19-0   | 7 - 2352 :   | M.   |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
| APPLICATIO<br>HEIST  | N FORM FOR ASSISTANCE<br>। हेत् आवेदन प्रारूप  |   | theare)<br>१ दंखपाल)   | Koshika  |  |  |
| APPLICATION NO.  |  | PPLICATION DATE   | 14/3/29  | Budging black of life.   |  |  |
| NAME OF APPLICANT  | 'USH   | TYEAR   | Control of the Party of the Par | Control of the last of the las |  |  |
| FATHER'S SPOUSE'S NAME.  | AMIT (FATHER)  | 1 191   | No minus   |  |  |  |
| H Nlo 7  | FRESENT RESIDENCE ADDRESS  72, SOCIETY CA  | min and a   |  | 1 -  |  |  |
| CSI  |  |   |  |  |  |  |
|  | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  | -dis aliment de   |  |  |  |  |
| COUPANON: TAILO  | MARRIED (Figifical)  | UNMARRIED (SIGNISH) NA  |  |  |  |  |
| OCCUPATION: TAILOR (FATUER) OTAL ANNUAL INCOME: 19 20,000 (FATUER)   |  |   | (Attach Proof of Income)<br>(आए का सामग्र मेलिन)   |  |  |  |
|  | SEE (Trux whitever in applicable):   | Yes / I   |  |  |  |  |
| म जाम जाम का जाता है (जी जान   | FAMI   | TO A TENED | rt faaren  | Relation with Applicant  |  |  |
| St. No.<br>uni niesi   | Name of Family Member of East of Access on the AMIT PLNKY  | 30 (Years)<br>31 (81)<br>32   | Geader<br>Frin<br>MALE<br>FEMALE   | अनंदक के प्राय सम्बंध<br>FARTH ER<br>MOTHER  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  | BASIS for REDUESTING ASSIST  | TANCE (Tick which   | liever is applicable)  |  |  |  |
| BPL Card<br>(Adach Card Copy)<br>गरीको रेखा के मीचे प्रमाण प्रव<br>(अवता प्रक्र को छापा प्रति संस्था करें। | EWS Carbilloate<br>(Artach Carbilloate Copy)<br>and आफ को प्रमुख पन<br>(प्रमुख पुत्र को बाद और सन्दर्भ कर)                               | (A)   | fation Card<br>stach Copy)<br>प्रभावता कार्ड<br>के काल प्रत संसम्म करें।   | Any Other<br>Bosis/Proof<br>अन्य कोई सास्य   |  |  |
|  | PURPOSE for REC  | QUESTING ASSIS  | TANCE:   |  |  |  |
| 5r. No.  | सहायता हेत् किये गर्व विकास का उद्दरस्यः<br>Medical Reports Prescriptions Attached<br>अस्पताल हो स्टर से आसे को गई प्रतिवेदन सूची संदर्भ |   |  |  |  |  |
| क्रम गरूपा   | DIAGNOSIA - REFINIDIS LASTONIA   |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |

|              | regions of the section  |   |
|--------------|---|---|
| 5): No.      | अस्यतानातीस्य मे भागे न   | escriptions Attached:<br>तो गई प्रकारन सूचा संस्कृत |
| Wat all will | DIAGNOSIA - RETINOBLAS  | BYEN  |
| *****        | ALCO AND  |   |
|              |   |   |
|              |   |   |
|              |   |   |
|              |   |   |
|              |   |   |
|              |   |   |
|              |   | 178   |
| 100          | ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME FURPOS<br>इस उद्देश्य में शेंग् कोंग्रे अंग सहमवा निर्मी अत | E from OTHER SOURCES LW                             |
|              |   | AMOUNT SLASSISTANCE BEING AVAILED                   |
| Sr. No.      | NAME OF OTHER SOURCE  | नों गई सहायता तसी                                   |
| सम् सम्ब     | NIN   |   |
|              | Voles   |   |

## DECLARATION by APPLICANT: MINT CO NIVIN 13:

1) I hereby confirm that all detains in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assignment had all detains in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assignment. liable for rejection/cancellation

 I salemaly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such a was requested by me. was requested by me.

3) I hereby conflirm that I have not & will not in future, avail of reinbursement, in part of in full, from any other source/employer/insurance company of the which this appreciate that I have not & will not in future, avail of reinbursement, in part of in full, from any other source/employer/insurance company of the for which this assistance in requested. 1) में प्रतास करते हैं कि इस प्रस्ता में दिन गये मन्ति विकास मेरे जनकारों के अनुसार स्थार मंत्री है। यदि कार्य विकास एवं करने असीय पाया जाता है तो मेरी सहायता जिस्सा की कि करने 2) मेरे दान करने

2) भी द्वारा जो प्रकारक गाँस "काशिका प्राचन्द्रेशन" में तो ज रही है उसका क्यांगा उसे बहेगा की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस आरम्प में परा गाँव है। 3) भी पांच करने हैं में पृष्टि करता है कि फिल सहजता है। यह प्रश्नेद की पह है, उस शांत का अधिक पा सकल हिस्सा किसी अन्य मीलनियांत्रक की या के प्रति है और न ही पतिक में कृता

#### AGREEMENT by APPLICANT ( आवंदक दाव कवा)

1) By affixing my signature or thumb impression on the Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-un/tonsorred. use/publish/pul-up/reproduce my name, address, pooto & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including an address, pooto & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including and results and address, pooto & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbel, print, electronic for soliciting donalions for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/echieverprints. ectivities/echievements. Such use of my photo-& details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assignment. 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 automanism. will not outdementally entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest acidly with the Trusteen of Vertical and Tru with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस उपच पर अपने कतागर या लगते की बाप जानकर में (आवेदक) अपनी सहनति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम् पता कोले के कि कारण या लगते की बाप जानकर में (आवेदक) अपनी सहनति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम् रता, कोटो और को विवास इस प्राव में पासित है, उसे "कोशिका" एवम् जासी, हात, मणनाव्या हुमरे उद्देश्य में जूबी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रमाणित बारने के लिए अधिवार है। मेरे प्रथन का विवास में इसान के पहले या बाद में कामें से लिए "कॉर्शका फाउट्सन" व लाओं अधिकृत है।

2) में (आवंदक) रात बात से सताम हूँ कि पेस तथा, पता, फोर्ट और विशय जो कि सहामण के उद्देश्यों से प्राणित है पूर्व स्वतः सताम्या का बकसर जो बकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यासियों का विभेग और वस्त्राकारी होता।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION भावदक्ष के बसलकर का अनुने का निर्मात

(FATUER)

#### AGREEMENT by HOSPITAL ( INVENTE GITT WARE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/palient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hespital) hereby effirm & accept following

1) that we centher are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same petient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's light to make up the shortfall from another NGO or any other source. This

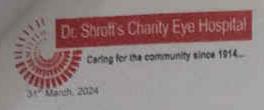
confirmation essentially aretes that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The chaice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the enangement 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 ऑक्टबुन, उदलाक्षरें जो आर हे मामले/येंगी को "कारिका पत्रज्ञीतर" में विशेष महायत हेतु स्थितिय की जाते हैं, जिसे हम (इस्साल) निम्न प्रकार से मान्य में खीज़र करते हैं। 1) यह कि न जो शर्तपाद और न ही पंत्रिक में जितिय सहायत किसी तैर मानाती साम्यान या किसी अन्य स्वीत से उक्त सेनी स्थान के ले ते हैं हैं कि उसने "मॉरिका परवन्द्रशन" से मिमापिशाविनीत तका है सम्बद में "कोशाला कार-देशन" दारा परद होते जो सह "कोशिका फाठ-देशन" द्वारा सहामता विनीत आशिक्यसकल होते पन्तुर तही किया काम है वी असरावल किसी अन्य में। महकारी संस्था या किसी क्रम समाधन में राहायम लेने का अधिकार मुगंबत रखता है। इस पूछि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मारण द्वितीय पदद बन्ह होगी/अमले हतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से पत्नी लगालीती।

 "क्वीशिका करतन्त्ररान" से ली गई महाएमा लेखन वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इहयतन्त्र द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपवादप्रक्रिया का चुनान रोके एवं हस्पताल के आंच का विषय है और "कोशिका पारस्थान" इस किसी प्रकार का चोई स्वास पही है। इसीच्ये बस्पताल में रही के इसका सुरक्षा और आने वाने की मारी विष्मेदारों सेंगी एवं बस्पताल को होगी और "कॉशाल" को बाह भूमिका या किप्पेदार्ग इस मानल में भहा होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ज्यीजती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. CHEAVEUPTA Name of DINCE AND 120745 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व गर हस्पताल आधिकृत आणिकार्य FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्ताक्षर 2 न्यासी हत्त्वक्षाः ।



Ot, Shroff's Charity Eye Hospital Delhi is Now NABH Accredited

Dear Mr. Tandon

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

Please find below attached estimate expenditure of Ayush- E/0324/0168

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

| Name   |                | Ayush                           | Address/<br>Phone:<br>Age/Sex | H no. 772, Society camp. Central<br>Delhi |             |
|--------|----------------|---------------------------------|-------------------------------|---|-------------|
| MR N   |                | DEL-G-19-07-2352                |                               | 7 years                                   | Male        |
| S. No. | Treatment date | Items                           | Cost per<br>Unit              | No. of unit                               | Aprox. Cost |
| ä      | 2024-03-21     | Examination under<br>Anesthesia | 2000                          | 1 1                                       |             |
| 2      | 2024-03-23     | Genetic Test                    | 20000                         | 1   | 20000       |
|        |                | 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

OTHER CENTRES