

DF-19-23-28-4346

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
SUBSIDY BY NORTH YORK

(Healthcare)
(Common Form)

Koshileva
Foundation
Funding from the



APPLICATION NO. 019815/0169 APPLICATION DATE: 25-08-2023

NAME OF APPLICANT: MOND PARNAN AGE: 4 YEARS DATE: 14-08-2019

FATHER'S NAME: MOHAMMAD FAIZI (FATHER)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 11/11, CHANDI KUMAR T. K. 1, CHANDI KUMAR K. K. K.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 11/11, CHANDI KUMAR T. K. 1, CHANDI KUMAR K. K. K.

DEPARTMENT: (P-BORDER, FATHER)

TOTAL ANNUAL INCOME: 24,000 (FATHER)

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DATE OF BIRTH: 14-08-2019

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & Urgency Ineligible for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which assistance was requested by me.
- I 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, for which the assistance is requested.
- मेरे घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञान की सीमा तक सत्य हैं। और कोई भी झूठा कथन मेरा आवेदन वाक्य निरर्थक है।
- मैं यथार्थता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- मैं यथार्थता से घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पैसे लिए हैं और न ही लेने का इरादा है, जिसके लिए सहायता की आवश्यकता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरा चित्रण इस प्रारूप में उल्लेखित है, जो "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से धन募集 के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्यों के लिए किया जा रहा है।
- मैं (आवेदक) और अधिकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्रण और मेरे विवरण के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, चित्रण और मेरे विवरण के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Chaitanya

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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 its 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे हस्ताक्षर, इस प्रकार की ओर से हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाएगी, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारे पास अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत करते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का विवरण हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्ताक्षर करने वाले का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा मत है कि हमारे हस्पताल में हमारे डॉक्टर द्वारा और हमारे डॉक्टर द्वारा ही सहायता दी जाएगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Chaitanya RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE आवेदक को स्वीकार करने के लिए अनुमति Surgical and Ocular Oncology Services Rajiv Gandhi Eye Hospital Dr. Shrotriya	Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Rajiv Gandhi Eye Hospital Dr. Shrotriya
23/8/25	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामसी हस्ताक्षर 2
[Signature]	[Signature]



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



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

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mohd Farhan-E/0825/0169

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mohd Farhan	Address/ Phone:	Haji ganj, near S.B.I., Patna, Bihar- 800008	
MR N		DEL-G-23-06-4346	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	23/08/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)