· APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आसेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika		
APPLICATION No. :	E 03	24/014	APPLICATION DATE	21/3/24	Building tribute of life		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम							
FATHER'S/SPOUSE'S	a top the co	TAIKARAN (FATU	648A	RS MALE			
67,		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प	al.	1 4		
61)	BUD	BAHGAR . MAPUH DNA NAGAR . 201310	bring	PRADEM			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पत				
		JOB (FATHER)					
OCCUPATION:	T) / UNMARRIED (अविवाहित) NA						
मूल पापिक आप PAN No. स्पाई खाता सं	11	20, 000 (FATHER)	(Attach Proof of I (आय का माध्य र	Herra)		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): समार सही का निशान लगाया	Yes/A	lo rat			
Sr. No.	I N	FAN	Age (Years)	र क्रियाण	Policillo della Allanda		
क्रम संख्या	JAIK	रेवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग MALE	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध FAMS-R		
234	REENA		3	FEMALE FEMALE	Motier		
4	YAS	RI .	-5	FEMALE	JULIER .		
		BASIS for REQUESTING ASSIS		never is applicable)			
BPL Gard (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण गत (प्रमाण गत की साथा प्रति संसाण गरी।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा वर्गि संस्थन करें।	A) 75	ation Cord ttach Copy) भोवता कार्ड ो धाया प्रति संसम्म करे।	Any Other Backs/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
		"PURPOSE" for RE		HIMOTOCKE	1		
Sr. No.			ये गये विनती का उद् ical Reports/Presc	51107			
क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पतालग्रहांकरा से जारी को गई प्रतिबंदन मुची संलग्न DIAGNOSUS— REPUBLIS BLASTOMA						
		Taribato (a)	LINCO DIAS	DIT HA			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	es Nuo		
St. No. THE THIS		NAME of OTHER SOURCE	रशायता किसी अन्य र	जात से लिया गया हो?	of ASSISTANCE BEING AVAILED		
		अन्य प्रज्ञात का साम		ZHOVIII.	ली गई सहयवा गरी		

DECLARATION BY APPLICANT. HORSE OF WHITE THE

1) I herapty confern that all orders in the form are True to the trest of my knowledge. Any false statement will runder my Application & ongoing assurance.

2) I solemnly contain that assistance, if received from Koshika Fountistion, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such washing

was requested by me

3) I hereby confirm that I have set 3 and red in feture, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the san for which this assistance is required

में पोप्ता करता है कि इस कार में दिन गय गया उक्ताप मेरे कार्या के अनुमार साथ कर्ता है। यह कोई विवास प्रथ करान प्रथम प्रथम जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकता है

मा आ को सहका और "क्लीमक करलामा" स को मा गाँ है, तमक उच्चा तमें दरेश को पूर्ति के लिए किया अर्थण, जो इस प्रकार में मार गाँग है।

मैं गुण्ड चाल है कि कि प्रत्यक है के लग्न के ले है की गाँठ का मांगल का प्रश्न कियों अन्य ग्रंतियां के लिया है और ने ही प्रविध्य में सूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (more on mor)

11 By straing my signature or thank impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kosnika Foundation and it's Trustees to une publish pur option option and case address photo 5 details of the "purpose" for which such assistance is requested granted, through any mechan, including but not limited to remain, proof is conciling donations for Kosraka Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievaments. Such use of my photo & delais can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which asphilance 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 emice me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely

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

1) इस इस क असे कार्यन के बाद को बाद जातकर, में (अवदेक) अपने कार्यन की चीट करन हूँ पत्र "कोतिक फाउंडेसन और उसके नामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, क्त, कीरों और ज विकास इस प्रश्न में बॉक्स है. यह "कर्माका" एवर काले, दर, प्रथमका हुमी स्ट्राय में जूदी मीतीबिधरों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रकारित करने में तिल मिलहर है। में प्रश्न का दिवाल में प्रहान में पहले के कार में कार के किए "कॉलिस कारदेशन" से नामों ऑफ्सून है।

2) में (अवस्था) का का में स्थास है कि नेता पर, कर चरेट और विकास जे कि सरागत में प्रदेशों से प्रतिन है पूर्व पता: सतापता का रक्षण नहीं अवता। इस सम्बंध में "बर्जिटका" शहर उसके प्रतास का निर्मा अस्ति की कर्णकारी राज्

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMS MPRESSION आरोप के प्रस्तात में करते का निवाद

(94 Ang 61

AGREEMENT by HOSPITAL (SHEET SOI WEST)

By efficing hereunder, suprature of our Authorised Signatory for recommending this case patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affect 8 accept tollowing

1) that we remove any presently nor we in house axis of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Kophica Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kostika Foundation, in part or in fall their the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confermation expending states that the Hoopital 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 casent, is based on the amangement between the patient & the Hospital, sold is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & compate responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हरते जीवता, इस्ताप्ती को क्षेत्र में कार्ता रेले को "बोडिका चार देशव" से किस्ता न्यापत हेंतू सिकारित को कार्त है जिसे इस (अस्तास) पिन प्रकार में मान्य व स्थोकार करते हैं। 1) यह कि र से प्रतिक और न हो स्तिय प्रतिक प्रतिक कि मानत कि में मानती प्रतिक प्रतिक के कि में के कि में कि अपने "कोशिका प्रतिकेशन" में विकासिक किसी करते के साथ में "बॉलिक आप्टरेशन" हुन भार देन कि है। यह "असिका आउन्देशन" हुना सरायात विनाद आसिक असस हेंदू मन्तुर नहीं किया जाता है को अस्पताल केंग्री जन के मन्तर पाकिस कर समाज में कारट को का ऑक्स मुगील कार है। इस पूर्ण में माण बता है कि अमतान दितीय मरद उस रोगी मामले हेतु किसी के सामाने पांच के विशे अन सम्म से उसे अंक केते।

उ. "बर्टेंगका पार्ट्सन" में तो गई स्वाप्त केवल विदेश प्रवृत्ति को है। देनों का संप्रतान द्वार में मून मा किए गई उपसादप्रिया को मुनाब रोगी पूर्व हम्प्रतान . इ. क्षेत्र का विकार है और "बर्किका पात्र देशन" दूस किया प्रकार का को क्षेत्र को है। इस्तीन्य क्ष्मातन में गिर्म के काल मुख्या और अने जाने की सामें विस्मेदारी रोगी एवं हस्स्थात को क्षेत्र और "क्षेत्रिकर" हो क्ष्में पूर्विक क विकोशन दस करने है को क्ष्में

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृतों के लिए संस्तृति

Date of Surgery

Dr. CHIEN NA DMCC/RATED Marie Charles Beautoplasty & Seway Oncology ER 多物 中期 1 加入

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospitall नाम व पर इस्पताल अधिकत अधिकारी

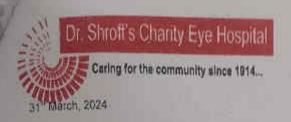
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारक उपना हत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यूरे व्यक्त

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताधाः 2

15-08-2023





Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Preet- E/0324/0171

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

Name		Preet	Address/	H no. 67, Raipur bahgar, Gautam Buddha Nagar, Uttar Pradesh - 201310	
MRN		DEL-G-24-01-5789	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
ĭ	2024-03-23	Examination under Anesthesia	2000	ä	2000
2	2024-03-24	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

Best Regard

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services