# VRN- C-23-05-0752

#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवंदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. : Building block of life APPLICATION DATE: 5/3 आवेदन संख्या । D324 आवेदम तिथा HAME OF APPLICANT AGE-YEARS STITE TO SEX ROT BABY AASHIFA आवेदक का नाम 4 YEARS TEMALE FATHER'S SPOUSE'S NAME! / FATHER JAVED दिता/कट्टमा का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS (1911) MINIMA THE CHAMUNDA ON ACHK! MATIURA, PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 19415 SIGRATA VOI OCCUPATION: VEGETABLE MARRIED (Statist) / UNMARRIED (Sidentist) SCHEK (FATHER) TOTAL ANNUAL INCOME (Attack Proof of Income) 000 कृत चार्षिक आय (आग का साध्य मंलान) PAN No. 7415 WITH HAST ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Trck whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर बात है (जो पान्य हो उस पर मही का निशान नेगाय) र्श / मही FAMILY DETAILS THESE FRACTI Name of Family Moinbor परिवार के सदस्यों का राय Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य आवंदक के साथ मम्बध TAXED VASHA AYA 28 MAKE PATHER FEMALE FEMALE MOMER SUTER TEMACE SISTER BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विकति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attack Copy) (Attach Card Copy) Any Other Basis Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत अन्य उत्प वर्ष प्रदेश पुत्र वपनीवता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र भी प्राथा प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की कथा प्रति संस्था भरा। (प्रमाण पत्र की रहेपा प्रति संस्तृत करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. महायता हत् किये गर्म कितते का उद्देश्य-Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. इस संख्या अस्पताल डॉक्टर में जारों को गई प्रतिवेदन सची संलग्न DIAGNIDOU -REJINIOPHACTORIA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES No इस उद्देश्य के हेन् कोई अन्य संग्रहना किसी अन्य स्थान से लिया गया हो? Sr. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रीय का नाम कम मंख्या तो गई महायता राजी NA

- 1) Present continuous all states in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will reoder my Application & ongoing about
- habite his resecuenceancellation.

  To I soluntary contion that assistance, if received from Koshika Fountiation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such as
- was requested by me
  3) I hereby contain that I have not 8 will not in future, avail of mimburisment, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, or the a for which this apprehings is required.
- 1) में भाषक बतात है कि एक आपन में एक क्षेत्र के प्रमान की अनुसार कल एवं सारी है। यदि कोई विकास एवं अपना भाग जाता है तो मेरी सहायता तिरस्त की जा सकते हैं
- 2) भी दल के अग्रामत ग्रांत "बोलावा अग्रावद्यात" में शो जा को है, अमका अनवीत अमें उद्यय की पृति के लिये किया नार्यता, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 35 में पुष्ट काला है कि किस अध्यक्ता तें। वह जाने को ना ते अप गांश का आसाल के सकत हिस्सा किया अन्य प्राव्य किया किया के सार ने ही पविष्य में लेंगा।

### AGREEMENT by APPLICANT (SIMPLE STO WITH)

- 1) By affiling 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 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 it's activities rechievements. 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 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 unlide me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trusteen of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्लाक्षर क अन्यते भी छाप लगाकर में (आकंश्वर) अपनी महमति की पुष्टि काता हूँ एवं "क्रोटिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पंता, फोर्स और जो विकास इस प्रया में घोषित है, उसे "कोशिया" युवन न्यामी, एन, याचनात्मा दूसरे उर्दश्य से जुडी गतिविधियों और उनलेकियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रभाशित करने के लिए ऑफ्स्स है। मेरे प्रथम का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिया फाउड्सन" व न्यामी अधिकृत है।
- में (आविशक) इस बात से महामत हूँ कि मेल नाम, पता, फोटो और विकास जो कि महामात में तहदेश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायत का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप इसके न्यांसम् का नामय अविध और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आनेदक में बस्तास्त्र ना अंतुने का निकात

RANI

## AGREEMENT by HOSPITAL (EXPRISE DE MAIX)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

- 1) that we norther 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 only 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

हमये ऑपक्त हस्तामचे को ओर में मध्यस्त्रीनी को "कोशिकः काउन्देशन" से बितिय सहामता ठेतु मिरकरिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल), निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकेस करते हैं।

- मह कि न तो माध्यत और न ही पांचक में विविध महाच्या किसी नेर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्थीत से उपन रोगों सामले में लेंगे या ले रहे ते जैसे कि इसने "कॉशिका काउन्तेशन" में सिफारिकारिकारि उक्त के सन्त्र। में "क्रोशिका काव-हेशन" द्वारा मरद हेंद्र कि है। यद "काशिका फाउन्हेंशन" द्वारा महायता विश्ति आशिक/सकत हेत् मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्मताल कती अन्य मेर सरकार जम्मा च किसी अन्य सन्स्रणन में सक्तपुरा तेने का आँपकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में त्यप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय मदद उका रोगी मामले हेतु किसी
- 2 "कंटराना फाट-इंग्रन" में नी गई सहागल केवल नितिय प्रकृति की है। रागी पर तस्यताल द्वास दो गई मलाह या किये गय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के कोम का जिल्हा है और "कार्षिका पाठकांशन" द्वार किसी प्रकार का कार्ड देखन नहीं है। इस्तियं हस्यतान में रांगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रांगी एवं हस्यतान

Dr. Chill (3 GUPTA DMLETEL 2007 45 DMLETEL 20	Date of Surgery	RECOMMENDED FOR ACCE स्वीकृती के लिए संस्	SPTENCE N	
SIGNATURE of TRUSTEE 1  अति इस्तावत 1  SIGNATURE of TRUSTEE 2	भागात को स्थीय	(भित्राक्षक्रमें का नाम व हस्तावर व रहि न	HILL OF THE PROPERTY AND LOSS OF WARRING TO BE A SECOND TO THE PARTY OF THE PARTY O	
SIGNATURE of TRUSTEE 2	SIGNA	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDAT		
न्यासी हस्ताक्षर 2		THE SECTION 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	



Dear Mr. Tandon



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

Please find below attached estimate expenditure of Aashifa- E/0324/0173

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

lame		Aashifa	Address/ Phone:	Mohi Vyapan,Gal-Chaumnda, Achru,Lahora Mathura,Raya Uttar Pradesh-281204	
MRN		VRN-C-23-05- 0752	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No, of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-06	Chemotherapy	2500	į,	2500
		Total			2500

Best Regard

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