### (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE foundation (स्वास्थय देखमात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप Building block of life. APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 24 0324 आवंदन संख्या : 01724 आवेदन तिथी SEX fem AGE-YEARS आयु-वर्ष NAME OF APPLICANT AST VISHIOD आवंदक का नाम MALE YEAR FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SINGH ANIL पिता/कटुम्प का नाम KR PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान जानासीय पता PRADESH VII ALLAHABADI LIDER PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PUT STORTE VII MARRIED (विवारित) / UNMARRIED (अविवारित) NA OCCUPATION: (FATHER) PRIVATE JOB व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (FATHER) (आय का साक्ष्य संलग्न) 000 कुल वार्षिक आय PAN No. THE WILL HER Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हाँ / नहीं FAMILY DEVAILS WITHIN STREET Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Sr. No. आवेदक के साथ सम्बंध उप (वर्ष) लिंग क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नान MALE FAMER 34 SIMILA ANI MODIER FEMORE OX DAUTAM MICHA JRANID MOTUER FEMALS 60 MODRIT DEMI BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) BPL Card Any Other EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) Basis/Predl उपभोक्ता कार्ड जाल्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र गराबी रेखा के भीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साहय (प्रमाण पत्र की काम प्रति मंतन्त्र गरे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसम्म करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गणे विनती का ठद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से कारी की गई प्रतिवेदन सूची संखरन क्रम संख्या RETINUOPLASTOMA DIAGNOSUS-ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES MIT इस उद्देश्य के तेत् कोई अन्य सहावता किसी अन्य स्थेत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता गर्शी श्रम कांत का नाम अम संख्या MA

- DECLARATION by APPLICANT: SECTION THE THE TOTAL TO THE DEST OF MY KNOWLEDGE. Any false statement will render my Application & Company Company
- (1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the session of the session of the "purpose", as stated in this Form, for which is sessionally confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which is sessionable to the sessional sess
- uable for rejectionical visitions.

  2) I solarinity confirm that assistance, if received from Koshika requirement, in part or in full, from any other source/employer/insurance was requested by me.

  3) 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 confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance confirmation. 3) I bereby confirm that I have not & Wit not in continue for which this assistance is requested.

  (b) मैं घोषण कथा है कि इस प्रकार से दिने गाँ। उसी विवरण मेरी फानकार्य के अनुसार सत्य एवं सती है। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पामा कता है को मेरी महाच्या किया है।

  (c) मैं घोषण कथा है कि इस प्रकार से दिने गाँ। उसी विवरण मेरी फानकार्य के मेरी महाच्या किया है।

  (d) मैं घोषण कथा है कि इस प्रकार से पाम करा है। उसका उपगण उसी उदस्य की पूर्वि के लिये किया जानेगा, जो इस प्रकार से पाम गाँ। किया किया किया किया किया किया किया है।
- 2) मेंर द्वाप जो महापक तींत "क्षीत्रक व्यवस्थान", से ली का रही है, उसका उपयोग उसा उपयोग उसा अपन का प्राप्त किसी अन्य क्षीत्र मिला का माने से व को लिया है और न ही पश्चिम प्राप्त के प्राप्त के प्राप्त का माने के प्राप्त क

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees in 1) By efficing my signature or thumb impression on this norm, it is purposed, for which such assistance is requested/granted, through any user publishment-up reproduce my name, address, photo 8 datable of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any use/outsits/iput-up/reproduce my name; address, photo 8 details of the "purpose," for white address and/or disseminating information, for soliciting denations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 11 and 12 and 12 and 13 address and 14 and 15 a medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting conscions as invaring production before or after my treatment or fulfilment of the "purpose"
- tor 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.

  The decision for granting and/or continuing the assistance will have a 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo a details or one purpose. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest automatically on title me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest to a long to the said assistance will be final and acceptable to me.
- भाग तह राज्यत्व महाज्ञा का अपने को अप लगाकर, में (आवंदक) अपनी कडमोत की पुष्टि करता हूँ एलं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत फरता हूँ कि देव कर पता, फाटो और जो विकास इस प्रथम में मंदित है, उसे "क्लोशका" एवम न्यामी, एन, मानवाला दूसर उद्देश्य से जुडी गीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रतार मध्यम में प्रमारित करने के लिए ऑगाक्त है। मेर प्रमत का विकरण मेरे इत्याज के पहले या बाद में करने के लिए "कोरितका फाउडरेसन" स नक्सी आधिकृत है।
- 2) मैं (आक्षेत्र) इस बात में महनत हैं कि नेश नाम, पता, फोटे और विकास जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः महायता का हरूदार नहीं चनाला इस सम्बंध ते

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: गामेरक के इस्तंका या अगृह का विशवन

(FATHER)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we AGREEMENT by HOSPITAL (Ethinia Eth. Wolf)

(Fospital) hereby aftern & society 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 successing to get from Koshika Foundation. To the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted to the shortfall from another NGO or any other source. This requesting to be 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 conformation for the same patient case from any other source and the respect of the secondary states from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in habite. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the nation is the Hospital on the patient. 2) The assistance from Roshika - bundation is any unancial in nature. The spoke of the dealine upprocedure advised contracted by the magnitude parties, it is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation, Hence, the Hospital will be a spoke by the patient of the patient patient, is based on the arrangement between the patient a the mospital, and is in no way influenced by coanika Foundation. Hence, the mospital will be sold a complete responsibility of the freatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

हनारे आयक्त, हस्तावरी की ओर से माण्त/रोपी को "कामिका फाउन्देशन" से कितिय महायत हेतू सिपारिए की जाते हैं, जिसे हम (बस्पवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) पह कि त तो भर्तनान और त हो भावभ्य में विशिष सक्ष्यमा किसी मैं सस्कारी संस्थान या किसी अन्य रुवेत से उसन रोगी/क्षमले में लेंगे का ले तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

में क्षिक्तारिश/विज्ञात उक्त के सम्बंध में "कारिका काउन्हेंशन" द्वार पर हतू कि है। यह "ब्रोहिकर काउन्हेंशन" द्वार सहस्थता क्रिकेट कारक मन्तर की किया कार है तो अस्पतान कियाँ अन्य में सरकारी संस्था में कियाँ अन्य सन्धापन से महायत नंदे का अधिकार सुर्धिक रखता है। इस गृष्टि में सार-कता प्रश्न है कि अस्पताल हितीय परद उसने संगी/पासले हैं किसी के भावती संस्था क किसी अन्य साधन से नहीं लेकाली।

2. "कोशिका फाउन्दरान" से जो वर्ष सहायता केवल विशेष प्रकृति की है। मंत्री पा हल्मणल द्वारा दो गई सलाह से किये गए उपवादप्रक्रिय का मुनाब ऐसी एवं हस्स्याल क बीच का विषय है और "श्रोशिका कारक्षेत्रन" हार किया प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इस्तिय हम्पताल में येगी के इत्यब सुरक्षा और आने जाने की मार्ग किमेग्सी रोगी एवं बस्पताल को होती और "कोशिका" की कोई पुष्तिका या जिस्सेदारी इस पामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोक्तों के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑप्रेशन की नारित्र

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नम न इस्ताक्ष व रवि, न

(Name, Designation & Stamp of Adhorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अध्यक्त जीवकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION. अल्बरिक दुपयोग बेंद्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासा हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर २

Dear Mr. Tandon



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

Please find below attached estimate expenditure of Vishwa- E/0324/0174

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

Name		Vishwa DEL-G-23-07-6924	Address/ Phone: Age/Sex	Village Chhafa, Ulter pradesh	
MRN				1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox, Cost
14	2024-03-01	Chemotherapy	2500	1	2500
2	2024-03-01, 2024-03-27	Examination under Anesthesia	2000	2	4000
		Total			6500

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