DEL-CA-21-04-0580

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखधाल) foundation Suising block of He

TAPPLICATION DATE: 27/3/29

DEL-P- 23-10-4634

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आयेदन प्रक्रप

(Healthcare) (म्याम्यय रेखभात)

APPLICATION NO. आवर्ग संख्या

0324/0175

APPLICATION DATE आवरम जिल्ल

24

NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम

ADE-YEARS NIT-ST 4 YEARS

高 SEA IMA

FATHER SISPOUSE'S NAME FROM THE THE

RIVASAT KHAN

FATILER)

FEATIALE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS THAIT SIMPLY TH DOKNOW

DUAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : DIE 300 HID THE



oshika

loundation

Burnley You'r of life

DECUPATION :

PRIVIATE

JOB

(PATHER)

MARRIED (Balled) / UNMARRIED (BESSER) NA

TOTAL ANNUAL INCOME. क्ष वार्षिक आय

000

(FATHER)

(Attach Proof of Income) (ARC III TRUE TO(12)

PAN No. 1985 THE THUS

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Thek whichever is applicable) क्या आप आप कर पात है (जो मान्य हो उस पर पाती का निशात (आप)।

Yes / No

St. No. Name of Family Member April 1981								
Name of Pansily Member करियार के शहरची का नुम	Age (Years) सर्व (वर्ष)	Gendar Sain	Rotation with Applicant आवेरक हैं साथ सावत					
RUKSANA	38 36	MA-LE LEMALE	MATTER					
	Name of Fansiy Member 1973 it steed on the RIVASAT KERAN	Name of Fansiy Member Age (Yests) Than is ticked in any is (45) RIVASAT KRAN SA	Name of Family Member Age (Years) Gonder Titian & tigsu on any Str (46) Sen STVASAT KRAN SA MAKE					

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहस्रात के लिए विनांत आधा

BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रिक्षा के रहेचे प्रमान पत्र (प्रमाण गप्र की शापा प्रति शंतरण करे।

St. No.

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्ब आम वर्ग प्रमाण पत (अमाण पर को साथ जी सलाउ की।

Ration Card (Attach Copy) इएभोक्ता कार्य ्प्रयाण पत्र को छामा प्रति मञ्जून करे।

Medical Reports/Prescriptions Attached

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायत जेत किये गये दिनहीं का उद्देश्यः

ER NEW अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलाप RETIFICATIONAL BLAG NOSIS DIEMOTHERAPY TREASMEN

> ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उपरेश के हेतू कोई काल सहावता किया जन्म प्लीट के लिया गया हो?

No

St. No. कम संख्य NAME OF OTHER SOURCE इस महत जा गम NA

AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायश एको

- 11 | Topicity confirm that is greatly in this Form are True to this point of my knowledge. Any force station and supposed in this Form are True to this point of my knowledge. Any force station and a greatly of this Form are True to this point of my knowledge. DECLARATION BY APPLICANT AND OF LEVEL TX.
- Annual for representance liabor.

 If the entire the property operation that assistance it represed from Krahika Foundation, will be used only for the "guirpose", as stated in this Form, for which accordings.
- 3) I hereby confirm that I take not \$ will not achastic, system removament, in path or in full, from any ones councillan power/insurance company, of the amount
- 1) में धारण जनता है कि उन प्रकार में विशे में अभी विशेष गये जानका के अनुसन समा एक रहते हैं। यदि कार किया अभी जामा पाण जाता है हैं मेरी सहप्रका निर्मन की जा सकतो है।
- 31 मी क्रम के समानक सीते "बोटिया पाठस्टराव", में जी या भा है, उपको उपनी जाने उदेश्य को पूर्ण का निर्ण कीमा की का पान में अप गण है।
- में पुण्ट करत है कि जिस सतीया है। वह प्राचेश की नहीं है, यह मीत का अविकृत में सतता करता करता करता का अविकृत में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEER OF HER)

- 1) By officing my signature or thurth improvesses on this Form, I (Applicant) hereby signes & authorise Kountka Foundation and als Trustees to she toublish but reproportion my ruine, address, phore 4 details of the "purpose", for which such assurance is requested/granted through any medium, including but not limited to vertical point, electronic, for soliciting department for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's ectivities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my heath ent or full inject of the "purpose"
- 2) | (Applicant) further agree that any such use of my name, aduress, prote & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted. will not automatestly entitle the for receiving or continuing the salistance. The decision for grant or and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshita Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) ऐसे प्रथम प्रथम प्रथमिक व अपने की आप नगामन, में र वॉलेस्क) अपने महम्मि की पृष्टि करता है पत्र "काणका फाउदेश" और उसके नामीयों " वा आपकृत करता है कि देश नाम, पता करते जह भी विकास रह प्रथम में विक्रिया है, इसे "काशिका" पतम लाके उन, प्रथम के दूरों वह बहुरों मांत्रविधियों और उपलब्धियों से किसे किसी भी प्रसार साध्यम
- मं प्रसारत करने के तिल्ह सीधकृत है। मा प्राप्त को विषयण में उत्पन्न का महत्त मा नाह में करने के लिए 'सरिवास प्राप्त कर महिल्ल हैं।
- में 1 आवंदमा इस बात में महन्त है कि मेस नम, पता, कोटा की निवाल में कि महामद के जुड़े हैं। से महन्त के निवाल में कि महामद के जुड़े हैं। "क्रांशिका" एसप् असम् जारसम् का तिर्णय क्रांतप और अध्यतनी ग्रीम

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB, IMPRESSION

आगरण में सरकार में बच्चे का विकास

8 01 23/1-11

(MOTHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (neverted gray work)

By afforms herounder, signature of our Authorises Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

(Hopping namely animals and approximately).

1) then we neither are presently nor will in future avail of financial essistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requested for more than we neither are presently nor will in future avail of financial essistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is granted by Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. bequienced to get the Administration, to the extensional assessment is granted by Administration another NGC or any other source. This by Kashika Foundation in part or in full then the Hospital reserves its right to make up the another NGC or any other source. This continuation exentially states that the Hospital will opt avail any dualicate assistance for the same dattenuouse from pay other NGO or any other approxi-

2) The applicance from Konnika Foundation is only financial in natural The applicance of the treatment procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is based on the strangement between the patient 5 the riospital and mining way influenced by Koshika Foundation. Hence, the itospital will parient is unlike the a rangement percent of the parient & it's outcome & safety of the patient, and Kashika Foundation will have no relationary to assume soic & complete responsibility of the frostment & it's outcome & safety of the patient, and Kashika Foundation will have no relationary.

हमार वर्षपक्र, इस्तामत को ओर से सम्बद्धियों को "कीर का आउन्यशन" में जिएम सहजता हेतु सिकारिश को वार्त है, किसे अन (हस्तामत) निन प्रकार में मान्य व ज्योकार काते हैं। वह कि म तो थर्थमा और म तो भावित्य महामत कियों के सरकारी सम्बन्ध मा किसी अन्य क्योंक से अन्य रोगी-मामले में लगे या ले रह है, सेम कि हमने "कोशिक माउन्हेशन" में सिकारीशर्मीनमी बन्द के सम्बंध में "काशिका कार-देशन" इस बंदर हेनू कि है। वह "लगीराला कार-देशन" हाम सहायत विनीत आशिकासकत हुनु सन्तुर को किए जाता है तो अस्पतान किसी अन्य पेर सरकारी चेल्का या किसी अन्य सन्तर्भन से वहांचना की जा अधिकार सुरक्षित स्थाल है। इस चुन्ट में स्थल कहा कता है कि अस्पाल वितर पटड उक्त विधालक हैने किस

 "कारका मन्यन्देशन" में भी गई समायक केवल विभाव प्रकृत को है मेंनी पर क्षेप्राल दान की गई मन्त्रा मा किये की विभावप्रक्रिया की चुनाव तेगी एवं ग्रस्थान क बीच का विरुद है और "काशिका भावन्तेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दक्त 🖮 है। इसोल्ड हम्म्यान में रागे के उत्पान सुरक्षा और आने मार्ग की मार्ग किस्पेरारों सेनी एवं हस्पवान

की बांगी और "ऑस्कार" को कोई पूनिका या दिवस्थेयोंने इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अर्थिक को साराज्य

(Name of Dr. & Medicine a fix a

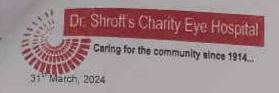
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्सकत अधिकृत अधिकरी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरक उपयोग हत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसा एखास्य

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासा तत्ताका १



Dear Mr Tandon



Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Gausiya- E/0324/0175

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

Name		Gausiya	Address/ Phone:	District Bilaspur, Lucknow, Ultar Pradesh	
MR N		DEL-P-23-10-4634	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
ì	2024-03-01, 2024-03-29	Chemotherapy	2500	2	5000
-2	2024-03-23	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			25000

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 Phi- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816 E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES