App			9.0						
APP	LICATION F	ORM FOR ASSISTANCE			8 2.,				
APPLICATION No. आवेदन संख्या (NAME of APPLICANT आवेदन का नाम	सहायता ।	ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Heal	thcare)	Koshika				
आवेदन सङ्ग्रा	-1.	४ जावदन प्रारूप	(स्वास्थ	य देखभाल)	foundation				
NAME of App	=11026	100 10			Building block of life				
आवंदक का नाम		10510	APPLICATION DAT	E: 25 10 24 -					
THER'S/SPOUSE'S	NAME		आयु-वर्ष SEX लिंग						
जानमा का नाम	CHY	41000	_ D YEA	HRS FEMALE					
Dr	5.11.(1)	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	SH PEAT	HER)					
LEEN	NACO	PRESENT RESIDENCE ADDRES	SS advisor curbs 25	THE STATE OF THE S					
	PRAT	DISTRICT	- ETALIA						
			345		(w) (1)				
		PERMANENT RESIDENCE ADDRES	en and a						
		THE HOURES	कः स्थाइ आवासाय पर	11					
OCCUPATION :									
व्यवसाय	LAPRIM	200			1				
TOTAL ANNUAL INCOM	ME:	CK (FATHER	2)	MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)				
नुरा वाधिक आय	ST 20240 304								
PAN NO. INTE TOTAL YE	7	- 9 000 (FA	IHER)	(आय का साक्ष्य संल	म्न)				
MILE TUIL AN INCOME									
ं म आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो व	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / I						
Sr. No.			हा / :						
क्रम संख्या	N	ame of Family Member	AMILY DETAILS परिव Age (Years)	Gender Gender	Relation with Applicant				
	- 4	रवार के सदस्यों का नाम	वस् (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध				
2.	CHAN	DRA PRAKASA	30	MALE	FATHER				
	1211	THE INCHIAR	28	FEMALE	MAD THER.				
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick which	hever is applicable)					
		सहायता के लिये विनति	आधार	the control of the control of					
BPL Care		EWS Certificate	Ration Card		7-7-7-7				
(Attach Card	11.751	(Attach Certificate Copy)	(A	ttach Copy)	Any Other Basis/Proof				
गरीबी रेखा के नीचे		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न क	- विष	भोक्ता कार्ड	अन्य कोई साक्ष्य				
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		(3-41-4) 43 and 300 apply april (3-41-6) 43 ab)		ी छाया प्रति संलग्न करे।	100				
			REQUESTING ASSIST						
		सहायता हेतु 1	केये गये विनती का उद्	देश्यः					
Sr. No.	1	M	edical Reports/Preso	criptions Attached					
क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुची संलगन								
1.	DIAG	TAGNOSIS - RETINOBLACTOMA							
	ATSUR WAR								
			1982 V						
	1		- 1188 VE 10						
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	or SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES	NO.				
					2				
Sr. No.		NAME of OTHER SOURC	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी				
क्रम संख्या		A J A			ार सहायता स्था				
		N/m							

DECLARATION by APPLICANT. SPRICE IN MINUTED TO

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, liable for rejection/cancellation.
- 2) scierminy confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance, 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 company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी किसरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा वा सहावता गांश "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस महायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस यशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोतानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing 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/achievements. 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रमय पर अपने इस्ताक्षर या आगट की लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाउं और जो विवरण इस प्रपत्र में घोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से मुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी घी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और वाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के तस्ताखर या अंगूठे का निशान

ddl

(MOHER)

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:

- 1) 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 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी का "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य खोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

 से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेग/लेगी।
- 2. "कांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में गेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कांशिका" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

CHHAVI GUPTA

Name of Dr. & Regn. No. will be tarred to the state of t

Dr. SIMA DAS
Director

(Name) Designation & Stance of Advisor Signatory
Director, Mon behalf of Hospital Iment

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Enfungal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Dain is Now NABH Accredited

31" October 2024

Dear Mr Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Payal- E/1024/0210

		Ur. Shroff's (cost of treatmer Charity Eye Hos stoma Surgerie	pital	
Name		Baby, Payal	Address/	Prem nagar, Uttar Pradesh- 243005	
MR N		DEL-G-23-01-1850	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-10-30	EUA	2000	it	2000
			1		
	YEA	AS OF	CEH	TRUS	17
		Total			2000

Best Regards

X/

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road Daryagani, New Delhi-110002 India Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax: 011-43528816 E-mail: sceh@sceh.net, Website: www.sceh.net

OTHER CENTRES