SIS

DEL-17-23-12-8424

		11-6-01-5	5 4 0	27					
		PRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)		Koshika				
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	E 11024	10217	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	7/10/24	Building black of life.				
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		DRA ANKET	AGE-YEARS 3	मायु-वर्ष SEX लिंग THS MALE					
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम			FATHER						
VILLAME	TTAR	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s वर्तमान आवासीय प रिहोदी हिंग रिहोदी हिंग	The second secon	1001				
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS	S : स्थाई आवासीय पत						
OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOI	LABOU	PER (FATHE	ER)	Extraction and the Common of the	/ UNMARRIED (अववाहित) NA				
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता सं	0	16,000 (FA	THER)	(Attach Proof of In (आय का साध्य सं					
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / N						
AND AND AND AND AND	क (जा मान्य का वर		हाँ / न MILY DETAILS परिवा						
Sr. No.		me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant				
क्रम सख्या	TA	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	MAIL	आवेदक के साथ सम्बध ৮ A T A C R				
2	SH	CELA DEVI	25	FEMALE	MOTHER				
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता को लिये विनति		ever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy) (Attac अस्प आय वर्ग प्रमाण एव उपभोत		ation Card tach Copy) भोकता कार्ड । छापा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साझ्य				
			REQUESTING ASSIST सर्वे गर्वे विनती का उद्दे	100100000					
Sr. No.	1	riptions Attached							
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न DIA 57 NOSIS - RETINO BLASTOM A							
	1	(MOINOSIS =	POLING	SEAS TOTAL					
		SULT WAS DE							
	100/08/02	PERSONAL PROPERTY.	10						
	THE PERSON NAMED IN			1 Consultant	A VENERALIVOS				
			DAME	ANTINI					
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	HEIURI किसी अन्य स	जोत से लिया गया हो?	NO				
St. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of A	SSISTANCE BEING AVAILED ो गई सहायता राशी				
क्रम संख्या		NA							
	44								

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 assign
- hable for rejection/cancellation.

 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance. liable for rejection/cancellation.
- was requested by me. 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 arms. for which this assistance is requested
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकते क
- 2) मेरे द्वारा को सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि विस सहायत हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य 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.
- ।) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्वासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अगृहे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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

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. 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

हमारं अधिकृत, इस्तक्षरी की ओर से मामले/रोगी की "कोशिका फाटन्टेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही घथिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भदद ठक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाल नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. SIMA DAS ऑपरेशन की तारीख Octoplasty anamer Designation & Stemp of Authorised Signatory Director, Medical Education & Papacharino Hospital) in. No. with Stamp) Regd. No. 902% पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी NTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत् Dr. Shroff's C SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताकार १

31" October 2024

Dear Mr. Tandon



Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Rudra Aniket Singh- E/1024/0217

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

ame		Mast. Rudra Aniket Singh	Address/ Phone:	Pradesh-212601	District- Fatehpur, Uttar
MR N			Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-10-10	EUA	2000	1	2000
			34	7	
	YE	RS OF	SCE	TRUS	T
		Total	-0		2000

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