		I FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika		
APPLICATION No. : E	10425	10002 A	PPLICATION DATE	5/4/25	Building block of life.		
NAME of APPLICANT । आवेदक का नाम	ANANYA	KUMARI	AGE-YEARS				
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का नाम	20		KUMAR	(FATHER			
LARD NE SA) - [, [ESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प N H G H R - 2 Y R	RAMETUR	1000		
	PERN	ANENT RESIDENCE ADDRESS	स्थाई अधासीय पत	ī			
OCCUPATION : F		R CFATHER) / UNMARRED (WRITIN)		
कुल वार्षिक आप	(Attach Proof of I						
PAN No. DUS SIGN THE	TI)	8,000 (FA		(-11-1111 1111-11	N. T.		
≠या आग आग कर दाता है	(सं माना हो उस र	whichever is applicable): १ सही का निमान संगाये।	Yes //				
Sr. No.	Name of Family Member Age (Years)			ALL DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT			
अस मन्त्र	चरिधार	के सदस्यों का नाम	Age (Years) उस (वर्ष)	Gerider first	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध		
2.	HOME	UHZIA	29	MACE	FATHER		
3	BRAM	HANANO	43	MALE	GRANDPATHER		
		DATE C. REQUIREMENT LAND					
		BASIS for REQUESTING ASSE WINNER of Sied Single	STANCE (TICK WING	herer is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को बीचे प्रमाण एक (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संस्थन बारे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अन्य वर्ग प्रमूक पत्र (प्रमाण पत्र को अस्य और संस्था को।	- 3	tation Card utach Copyl reduct mid if use all siere wit	Any Other Busin/Proof or a wif most		
			EQUESTING ASSIS				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached सरस्वात/कोस्टर से जाते की गई प्रतिकेदन सूची सीतम						
21.	PREATURIS - RETINDRIASTOMA						
	- KUN	I I J C IU J - JE	UH				
					4		
		ASSISTANCE BEING AVAILED to इस उर्देश्य के हेंगू कोई अन्य	SAME PURPOSE	E' from OTHER SOURCE	15 MA-		
इस उर्दरम क श्रृ काइ अन्य सहायता का Sr. No. NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या		ञन्य स्त्रोत का नाम	71	100000000000000000000000000000000000000	ती गई सहायता यशी		
		NA					

DECLARATION by APPLICANT. HOUSE DIS VIRGIN TO

- 1) I hereby confirm that all distails in this From are True to the pest of my knowledge. Any false statement will render my Application & origing assistance, if any, liable by a confirm that all distails in this From are True to the pest of my knowledge. Any false statement will render my Application & original assistance, if any,
- 2) I solerney confirm that assistance. It received from Keshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance.
- Thereby confirm that I have not & will not in future, avail of remoturement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount
- । वे पामणा करता है कि उस पालप से एतं गये क्यों किवान मेरी जानकार को अनुसार सदय एक सथी है। कोई विवास एवं कथन असरप पाया जाता है तो मेरी सहासता निस्ता की वा सकतो है।
- 2) येर क्षण में न्यापन आहे 'क्षणिक कारकार' में ली जा को है. उसका प्रथमित उसी उद्देश की पूर्ति के किये किया नार्यण, जे इस जरूर में घर गुळ है।
- 3) में पुष्ट करण है कि जिन म्यापण है। यह प्रापंत को गई है, उस शांक का मॉराल क सकत हिस्सा किसी अन्य श्राव/उपोधक बीमा कम्पारी से के तो लिया है और व ही भविष्य में लूँच।

AGREEMENT by APPLICANT (SHORE BILL WITE)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, Li Applicant) hereby agree 8 authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublishiput up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medianu including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting densitions for Koshika Feundation and/or disseminating information about it's activities/achievoments. Such use of my photo-8 details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose"
- 2) I (Applicant) further legisle that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted. hat automatically entitle rue for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshina Spundation, and their decision is this regard will be linel and acceptable to ma.
- इस उपर म जपने हम्माका पा अंगत को साप शासकर, में (आयंदन) अपनी सहपति की पृष्टि करता हैं पूर्व "कोशिका कार्यदेशन और उसके पास्तियों "को अधिकृद करता हैं कि मैठ नाम. पता, कोले और जो तिवास १६६ प्रथप में कोशित है, तमें "कोशिका" एसन् नामी, दान, याचनात्मा दूसर तर्दरम से जुडी सीतिविधिमों जोर उपलक्षियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रत्योक करने के जिल अधिकृत है। मेरे पत्त्र का विकाण मेरे उत्पाद के फाले के बार में करने के लिए "कोशिका फाउउँमार" व जानी उद्योगसूत है।
- में (आवरक) इस वह में महत्तर हैं कि मेर नम, पता, कोर्ट की विकास के कि सहावत के उद्देश्यों में प्राधित है पुर कार, सहास्ता का इकदार नहीं बन्धता इस सम्बंध में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उटलेशक के दरलावा क जातूने का निर्मान

9 Chlargally

AGREEMENT by HOSPITAL (CHING OF WIR)

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

I that we mather are presently not will in future even of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient case, as we are Triguesting 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. If the requested assistance is not granted by Kootias Foundation; in part or in full, then the stamplar receives it's right to make up the shortfall from another NGD or any other source. This confirmation assentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patienticase from any other block 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 patients is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sore & complete responsibility of the treatment & it's outcome & sufety of the patient, and Kushika Foundation will have no role or responsibility.

हत्यारे अधिकृत हासाइटी को आह स मामले होगी को "काशिमा कथा-देशत" से निर्दिय सहायक तेतु मिन्नारित को कती है, जिसे इस (हम्पताल) निम्न करता से सत्य व स्वीकार करते हैं। में फिलारिटाविनीर तका से समक्ष में "कोताकः फाउन्हेशन" हाए पहत हेतु कि है। तहि "कोशिका फाउन्हेरत" हांग सहायता विशेष आहिक सकत हेतु पन्तु वहीं किया बाल है से अस्पताल किसी अन्य है। सरकारी संस्था या किसी अन्य भारतपत हो सत्तपता होने का अधिकार मुर्गका स्थात है। इस पृष्टि में स्वस्ट कहा जाता है कि अध्यक्षात हितीय स्वस् कका रोगी,पाससे हेंगू किसी

2 "कॉडिका फाटचीसर" है भी गई सहायता जेवल निर्माय प्रमुक्ति की है। देनी पर हरपातान द्वारा पी मई सावह था किए एवं उपकार/प्रक्रिया का युवन तेली एवं इंगालान हें बीच का लिए। है और "क्षेत्रिका फाइन्बेक्त" हम किसी प्रकार का कीई स्थान की है। इस्पेलचे बस्पताल में देखें के बनाव सूच्या और की उसकित हमी एवं उस्पताल

Dr. CHHAVI GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Adjunct Consultant, culoplasty: 10 Ocular Oncology Services स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery.

Regd. No. 100745 Dr. Shrott's Charity Eye Hospital

> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) टाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व गीब, न

Director Oculoplastly and Cicular oncology services Director, Medical Education Department

Rest No 00291 melts Eyestin sithi

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्मताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION कानस्कि उपयोग हेन्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताशह ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जमो हस्ताका 2

30-11-2024



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

Dear Mr Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Ananya Kumari- E/0425/0002

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

Name		Baby Ananya Kumari	Address/ Phone:	Ward no. 1 Mohluddin nagar, Rahepur, Samastipur, Bihar - 848502	
MR N		DEL-G-21-02-3960	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
10	08/04/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			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