Sr. No.

ज्ञम संख्या

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION NO. : E 0425 0010 APPLICATION DATE अवन्य प्रकार Suilding block of Ris 24 25 आपेदन लिपी NAME OF APPLICANT BABY ISHIKA अवंत्रक का नम AGE-YEARS THE TH SEX FIT GYEARS FATHER SISPOUSE'S NAME : FEMALE AMIT SAIN! पितात्कदुम्भ का भाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय परा HND VIHAR . STREET NO 02, DELHI- MODEC PERMANENT RESIDENCE ADDRESS समा आवासीय गता OCCUPATION: PRIVATE JOB **व्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME: MARRIED (Ration) / UNDAARRIED (MRINISH) 1,80,000 (FADIER कुल आर्थिक आस (Attach Proof of Income) PAN No. 7015 Bill Vigo (आस का साध्य मंलान) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आस कर याता है (जो मान्य हो हम का मही का निशान स्वाह्य) Yes / No 邓/司前 Sr. No. FAMILY DETAILS AFRIER FEBRUARY Name of Family Member कम मख्या Age (Years) परिवार के सदस्यों का नाम Gender Relation with Applicant उम्र (जार) लिंग आवेदक के माथ सम्बंध 31 MALE HOWER MONTER POROTIER 30 ANI 03 MALE BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महादत के लिये चिनति आधार BPI, Card (Attach Card Copy) **EWS Certificate** Ration Card (Altach Copy) (Attach Certificate Copy) गरीको एखा के नीचे प्रमाण एक Amy Other जान आय वर्ग प्रभाग प्रश Basis/Proof प्रयासमा कार्ट (प्रवास पत्र को सामा प्रति संस्थान करे। (प्रमाण एवं को शादा प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की साम्य प्रति संसान करे। अन्य कोई साक्ष्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायात हेतु किये गये विनती का बद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम सरका अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुची संसरन PHARMEN RETINOBLATOMA EUA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES MD इस ठर्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्वात का नाम

MA

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायक राशी

DECLARATION by APPLICANT. WHICE DR SHOTE THE

- 1) I hereby confirm that an optails in this Form are True to the host of my knowledge. Any false statement will rander my Application & ongoing washingness in any libble for my false statement will rander my Application & ongoing washingness in any liable for rejection/cancellation.
- Habita for revoction/cappellation.

 3) I Solemnity confirm that assistance if received from Kowneys Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance will be used only for the "purpose". was requested by me.
- 31 Fetably confirm that I have not 8 will not it future, avail of reimburgement, in part or in full, from any office source/employer/insurprise company, of the amount for which has for which this assistance a requested
- में भावता काल है के दर प्रारम में दिर गये गयी किया भी जानकार के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकास एवं अपन असाय प्राया जात है तो मेरी सहायता निस्स्त की था सकता है।
- 2) मेरे दात ज सरामता तथि "काशिक्त काल्याम" म लो ज रही है, असका उपयोग उसी इर्ड्ड को पूर्ति के दिल्ल किया जावेगा, जो इस प्रारून में भए एवं है।
- ३) में गुष्टि काल है कि विभ न्यापक हु या अर्थन को ग्रा है जस तथि का आराम या सकत विभा क्या किया अन्य क्षेत्र के लगा मिन्य है और ने ही पविषय में लेगा।

A GREEMENT by APPLICANT (select \$10 licit)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to Userpublish hut. userpublish put uppreproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but you have 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 to high properties of infliment of the "purpose". activities to her which assistance of the photo-& detains can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose".
- 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 anythe any fact that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance will rest sole. 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 Trustens of Kentula Trustens of Kentul with the Triplees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने संस्थापत या अगटे भी अपने शामासर, मैं (आवेदक) अपनी समगति भी पृष्टि करता हूँ एवं "क्रांतिका फाउद्देशन और उसके न्यानीयों " को अधिमृत करता हूँ कि मेरा क्रम, पता. फोटा और जो विवास इस प्रपत्न में धर्मका है, तम "कोशिका" एक्स् नवसी. रान, पाबना/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी भौतीरीयमें और उपलोक्समें के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रकारित करने के लिए आधिक्त है। मेरे प्रवंश का विकास भी इस्तव के महले के बाद में करने के लिए "कोशिया फाउटेमन" म न्यामी अधिकृत है।
- 2) में (जानेदम) इस बात से शहपत हैं कि मंत्र धम, गण, फीटे और विकास जो कि तहावन के उद्देशन से प्रतित है मूझे नजा, सहायता का हकापर नहीं बनाया इस सामंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औरमा और मध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के रस्ताक्ष्म का अधूने का निस्ता

(FATHER)

AGREEMENT by HOSPITAL (इसमाए क्या करा)

By afficing hereurider, it greature 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 Kolitika 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 Hespital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The statistance from Kashika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure indvised/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 side & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility
- हमारे अधिनकृत, प्रमानकारी भी और भे मामल/ऐसी को "कोशिका फाउ-देशन" से विकित सरामत हेतु किमारिश भी अली है जिसे ह∓ (इस्पातन) पिना प्रकार में बाना व स्थीकार काले हैं। 1) यह कि ने तो वर्तमान और ने ही भविष्य में वितिय सहस्पट किसी पेट सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से बक्त रोगो,पामले से लेंगे वा हो है, जैसे कि हमने "काशिका फोडन्डेंशन" में सिम्मारिकरिवमीत अपना के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डोशन" हारा मदद तेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा महायक विनेता आहितकामकल हेतु पन्तुर नहीं किया जात है तो अस्तान किसी अन्य गैर रूपमारी संस्था वा किसी अन्य समहापन से प्रशास्त्रा लेने का अधिकार सुरक्षित एवला है। इस पुण्ट में स्पष्ट कहा कटा है कि उत्पादन द्वितीय सदद उक्त ऐसी.धामले हेंदू किसी
- 2. "बोरिशका फाउन्डेबान" में तो तर्न सहायका केवल बितिय प्रकृति को है। ऐसी वर हरणवात द्वारा दी तर्व सलाह या किये तमे उपचारप्रक्रिया का भूगाम ऐसी एवं हरणवात के बीच का विषय है और "कोशिको कात-देशन" हाए किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिय इस्थाल में होगों के इत्यन सुरक्षा और आगे कने की मार्ग किसोवारी होगी एवं इस्थाल की होगी और "कोशिका" की कोई पुण्कित ता जिस्सेहारी इस मानले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोक्तो के लिए संस्तुति Date of Surgery Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant क्वेपरेशन की शारीख Oculoplasty and ocular encology services Deuloplasty and Deular Ontology Survices (Name Design Million Statement of Charles Signatory (Name of Different No With Stamp) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग प्रेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 ऱ्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताम्बर 2





Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Ishika- E/0425/0010

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

Name		Baby, Ishika	Address/ Phone:	H no. Z 29, Narayan Vihar, Street no. 2, Prem nagar, Central Delhi- 110086	
MRN		DEL-G-20-01-5327	Age/Sex	6 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	28/04/2025	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

OTHER CENTRES