APPLIC	Koshika					
APPLICATION No.:	E 0525 0047	APPLICATION DATE :	15/25	Building black of life.		
NAME of APPLICANT	HIMANSHI	O2 VF-Q	PS FEMALE			
FATHER SISPOUSE'S NA. TURNINGER BY THE	DONU DINUH !	CUSHWAU	A CEATHER			
13 - 6 73 ,	MAND NAGRI NO	55 वर्तमान आवासीय पता ग्रह्मान मुन्तु	T DELHI-			
	PERMANENT RESIDENCE ADDRE	55: स्याई आवासीय पत				
OCCUPATION :	PENSINOR LEAT	THER)	MARRIED (Straffer)	/ UNIMARITUED (stitution)		
कुल वापिक अस	42,000 (FAT	HER)	(Attach Proof of Inc (आय का साहच सह			
PAN No. PRIT REIST HIS ARE YOU AN INCOME T	ण AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ं (जो धान्य हो उस पर सतो का निशान लगाये)	Yes / No				
		र्शा / नश FAMILY DETAILS परिवार				
Sr. No.	Norw of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम SONO STOCH	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender felti	Relation with Applicant आवेदक को साथ सम्बंध मिला मिला		
	() () () () () () () () () ()	0.5		Alvance		
	BASIS for REQUESTING.		ever is applicable)			
BPL Care (Attach Card) गरीभी रेखा के तीसे (प्रमाण पत्र की ब्रास्त प्रति	i EWS Certificate Copy) (Attach Certificate Copy प्रमाण एवं अस्य आप वर्ष प्रमाण एवं	(Ar	ation Card tuch Copy) पोन्सा कार्ड १ क्षाम प्रति संस्थान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य		
		for REQUESTING ASSIS हु किये गये विनती का उद्				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मासन/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संख्यान					
2	DIACINOSIS - RETIVOSUAS TOMA TREATMENT - EUA					
			AL TENY	12.1		
28.0				W		
	ASSISTANCE BEING AVAILE	ED for SAME "PURPOSI अन्य सहायता किसी अन्य	F from OTHER SOUR	CES AX		
Sr. No. क्रम संस्था	NAME of OTHER SO	URCE	AMOUNT	T of ASSISTANCE BEING AVAILED स्रो गई सहायद्या गर्शी		
	NA					

- 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 & engage and liable for re-critical confirmation. liable for resction/cancelsoon.

 2) I scientify confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such
- was requested by the 3) I hereby confirm that I have not 8 will not in future, avail of reimburgement, in part of in full, from any other source/employer/insurance company, of the source.
- 1) में जनगर करता है कि इस जनगर में दिये पूर्व पूर्व मेरी जनकारी के अनुसार सन्द दूर्व मही है। यदि कोई विकास एवं अध्यय असाय प्राप्त नाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की ज सम्पत्त है।

- 2) में क्रम जे नहामम योग "अमेरक कार्यशत", में लो क रही में, उसका रक्षण उसी उद्देश की तुर्वि के हिन्दे किया जागेगा, में इस प्राटम में घार गया है। में पृष्टि करता है कि किए महादल तेषु वह अर्थन को गई है, इस गांश का आताक या सकता हिस्सा किसी अन्य ग्रांतिनियोदक बीम कमानी से न तो शिया है और न ही मिल्ल में लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (SPIRE SILL BUIL)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to ass/publish/put-upreproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited by serial and address. medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities inchievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment of furtherness for which assistance in the second of the purpose.
- 2) [(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 sullomitically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trintees of Management of Section 1997. with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me
- इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या जांको को बाव लगानत, में (अवदेक) अपनी सतमात को चुन्दि करता हूँ एवं "ब्यंतिका पाउडेशन और उसके त्यासीयों " को ऑफकृत करता हूँ कि मेरा नाम, का, कोट और जो विवारण इस प्रथम में भोपित है, उसे "कोशाका" वृक्त् न्यानी, दान, व्यवनात्रमा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिमिथियों और संपानीकायों के लिये किसी भी प्रशास नाज्यम में प्रमाणि करने में जिल मांचलत है। मेरे प्रथम का विशवण पेरे इलाम है पहले वा बाद में करने के लिए "बोरिशना कारवीमन" व त्यांनी लॉपमहा है।
- में (आवंदन) इस कत से समया मूँ कि मेर क्या पता, फोटो और पिकाण जो कि स्थापना में उद्देश्यों से प्रार्थित है पूछे स्वत: सम्याध का हकचार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके नामिक्ये का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नानंदक के इस्ताहर या अपूर्व का दिवान



AGREEMENT by HOSPITAL (444001 \$40 WELL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kostikia 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 partion 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 5 the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete resupposibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshike Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारं अधिमृतः, तत्वावते को और से मान्देतीयों को "कोशिका पाटनदेशन" में वितिय स्थापता हेंदू निकारित की जाते हैं, जिसे इस (तत्वाला) तिन्त प्रकार से क्षान्य व स्थीकार करते हैं।
- गर कि म तो वर्तमान और म तो भावित्य में विशेष सहायत किसी के सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थात में क्या रेग्क्रेमास्त में तेंग का तो तो है, जैसे कि इसने "कार्यका फाउन्सेशन" सं (सरवारिकारि अवत क्षे नामार्थ में "कोशिका कार-इंडल" हात घरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउ-इंडल" हात समाम विभाव आशिक सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जात है जे अस्पताल किसी अन्य मेर स्थानती साम्या र विस्ती अन्य सम्माधन से मतनाता लेने मा अधिकार सुरीवत सवता है। इस पृष्टि में स्वप्ट कहा जाता है कि अध्यक्त द्वितीय मदद उका गेर्गोत्सवाले हेंदू किसी मेर सरकारी संस्था च किसी अन्य आपन में अही लेगाओंटी।
- "कारिका काउन्डेशन" में लो तो माम्यत केवल वितय प्रकृति की है। गेरी पर हस्पतान द्वार से तर्व मा किये तये उपचार प्रीक्षण को तुनाब तेती पूर्व इस्पताल के चीन का विश्वय है और "कोशिका प्राउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाव मुख्या और आगे आने की साथै किप्पेरारी ग्रेगी इस इस्पताल को डोगो और "स्रोतिका" को को पूर्णिका या निर्माण्यी इस प्रापत में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्त्रति

Date of Surgery

Dr. CHHAVI Adjunct Consultant, Narher of Darie Regist National Shimpton हाकरर कारिसामां जीवानं के विकित्त न

Dr. SIMA DAS **Oirector** asty and Ocular encology services stigs & Stamp of Authorities Signatory on behalf of Baspital) DIESKIER ERMANNER HORNARD

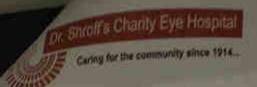
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्त्रीक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तासरः।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताता 2



Chi Shroof a Chinally Syst Houseau Chillian Now Nation Accessory

31" May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospitall

Picase find below attached estimate expenditure of Baby. Himanshi- E/0525/0047

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

Name		Baby, Himanshi	Address/ Phone:	B-6/73, Nand nagri, North East Delh 110093		
MR N		DEL-G-25-03- 6899	Age/Sex	2 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost	
1	09/05/2025	Examination under Anesthesia	2000	Î	2000	
1					2000	
		Total				

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

NAD - CHICK CEP