APDIN	TATION TO				ab i		
	वहायता है	RM FOR ASSISTANCE ्रावेदन प्रारूप	(Healt (स्वास्थ्य	hcare) देखपास)	Koshika		
APPLICATION No. : आमेरन संख्या :	E 10	725 0109	APPLICATION DATE	117/25	foundation Building block of life.		
NAME of APPLICANT : आवेदक का जाग		YUG TRIPATH	आवंदन तिथी AGE-YEARS	स्यु-सर्ग SEX हिनेत			
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का नाम		IT TIWARI	UZIE	ARS MALE			
VILLAGE	POST	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	CFATHER S adult Markita to BARELY	1 U.P	100		
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS	29001.		121		
OCCUPATION :	ARM	ER CFATHER	,				
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आप	L/	NO CHAINER)		/ UNMARSHED (videnism)		
PAN No. TRITE TERRI TIME	II)	,80,000 (tt	THER)	(Attach Proof of Ir (अस्य का साक्य व	icome) (सन्त)		
ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है	X ASSESSEE (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / f	Va .			
Sr. No.		FA	र्सा / व LMILY DETAILS परिव	नहीं स विवयम			
क्रम संख्या	पा	खार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender	Relation with Applicant		
2.	PO	OTA	32	MALE	आवेदक के साथ सम्बंध		
3	RAI	CWATI	54	FEMALE	MOTHER		
	-137,00	C(A/H)	99	FEMALE	GRANDYHOTHER		
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विकास	SISTANCE (Tick which	hever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संसम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आत्य अवध वर्ग प्रवास पत्र (प्रवास पत्र को सावा प्रति संस्था व	2	Rution Card Attach Copy) पर्योक्ता कार्ड को साथा प्रति संतर्भ करे।	Any Other Basis/Proof अन्य बोई साक्ष्य		
	707	"PURPOSE" for सहायता हेत्	REQUESTING ASSIS किये गर्वे विनती का उ	STANCE:			
Sr. No. क्रम संख्या	Sellin	N N	Medical Reports/Pres	scriptions Attached			
11	अस्पवाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रिकेटन मूची संसान 						
2 .	TRE	TIMENT -	Eul				
	000 S 20			42129			
					1/1/2		
	Annual Control		ution .				
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतृ कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	E" from OTHER SOURCE स्त्रोत से लिया गया हो?	ES NO .		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गर्ड सहायदा एखी			
	455	NA			Set 714 Statement Meta-		
			The state of the s				

- 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. If any, liable for rejection/cancellation. liable 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 was requested by me.
- was requested by me.

 3) I hereby confirm that I have not 8 will not in future, avail of neimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- अभिवास करता है कि इस प्रारुप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं गती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

 अपने हारा जो सहायता व्यक्त पाया करता है।

- 2) मेरे द्वारा जो स्टायता स्रोह "कोशिका फाउन्हेंशन", से ली जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है। 3) मैं पुष्टि करता है कि किस सहायक हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का अशिक या सकल किस्सा किसी अन्य झोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही सविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवरक 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 5 data. 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, oriest electronic data. 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 & dataliance is requested as fulfillment of the "purpose" 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 enable me for receiving a such assistance will rest soleh 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 Keehlin Formation and the said assistance. with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथप पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्ट 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 वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फारडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताश्चर या अंगृते का निशान

यूजा सी

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

(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. 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

हमारे अधिकृत, इस्तायरी की और में मामले/रोगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विसे हम (हस्पताल) किम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदर हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतू मन्बुर नहीं किन्छ जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "क्रोशिका काउन्देशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सल्हर या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका कार-वेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में येगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोश्कि" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. SYMA DAS Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Name Dissiplication & Stanford With Disset Signatory Director, Media-benungton Ospital Pent आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर ।



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 Mast Yug Tripathi-E/0725/0109

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

Name		Mast Yug Tripathi	Address/ Phone:	Village Ekauni, Rae Bareli, U.P 229206	
MRN		DEL-P-25-01-6123	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	03/07/2025	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
					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