					44.1			
APPLICATION FORM FOR ASSISTANC सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(स्वास	althcare) यय देखपाल)	Koshika foundation Building block of life			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E 07:	TE: 20/7/25	guilding season 9. 112					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम								
FATHER'S/SPOUSE'S	60							
पिता/कटुम्भ का नाम	00							
MAHENDIPU	RAJA	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	TRA, AJI	ner,	1 60			
				1000	/ UNMARRIED (अविवासित)			
OCCUPATION: /	MYM	TRAINER CFAT	HER)_	(Attach Proof of In-	office)			
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय		1,14,000 CFA	ATHER)	(आयं का साक्ष्य संत	तन)			
PAN No. स्थाई खाता संस		E /Tick whichever is applicable):	Yes /	No and				
ARE YOU AN INCOME	है (जो मान्य हो	E (Tick whichever is applicable): उस पर सही का निशान लगावे। FAM	हा /		Relation with Applicant			
440.403			Age (Years)	Gender ਵਿਸ਼ੇਸ	आवंदक के साथ सम्बंध			
Sr. No.		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	MALE	MOTHER			
क्रम संख्या	PAW	JAN SAHU	319	LIMBLE	UNCLE			
2.	HILL	A SIAHU	33	MALE				
3.	R	FVI -						
	-							
	-							
				to englicable)				
		BASIS for REQUESTING ASSIS	TANCE (Tick which	hever is applicable,				
		BASIS for RELIGIOUS TIME सहायता के लिये विनाद आ	and a second	ation Card	Any Other Basis/Proof			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के पीचे प्रमाण पत्र		EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसग्न करे।	(Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संलग्न करे।		-BasisProof अन्य कोई साक्ष्य			
गराया रखा पन (प्रमाण पन की छत्या प्रति	त संलग्न करे।	"PURPOSE" for REG	भेष किन्छ। नम ०३	43.34				
			to Please	rintions Attached				
Sr. No.		AND DESCRIPTION OF THE PERSON	ं कि फिल प्राप्त	IS Aldded day use.				
क्रम संख्या								
	PARTMENT - RETINGBURSTOFF							
	THE STATE							
	SUBJECT CO				- 200			
	HILAGO	ASSISTANCE BEING AVAILED for SA इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सह	AME "PURPOSE" । विता किसी अन्य स्व	शव स म्याचा चना कार				
NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of A	SSISTANCE BEING AVAILED गई सहायता राशी			
Sr. No. क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम		सा	The state of the s			
		- JUI						

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.

2) I solemnity confirm that are the form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance.

isable 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.

3) I hereby confirm that is assistance of received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance amounts in the state of the such assistance of the amounts in the state of the such assistance of

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 amount for which this assistance is requested

1) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विकास मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। धार कोई विवास एवं कथन अस्तर यामा जाता है तो मेरी सहायता निसन्त की जा सकती है।
2) मेरे डारा को सहायक गरित "कोशिका फाउन्होंग्य" से को जनकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। धार कोई विवास एवं कथन अस्तर यामा जाता है तो मेरी सहायता निसन्त की जा सकती है।
3) में प्रारूप

 मेर हारा को सकामक गाहि। "कोशिका फाउन्टेशन", में लो जा नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्व के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारुप में घरा गया है।
 में पुष्टि करता है कि विकास प्रारुप में प्रारुप में लो जा नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्व के लिये किया जायेगा, जी इस प्रारुप में मता लिया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महायता हेतु वह प्रार्थन की गई है, उसका अपयोग असी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जी इस प्रक्रम में भरा गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महायता हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस तान का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत/नियोजक/बीमा कम्यनी से न तो लिया है और न ही भविष्ण में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनंदक द्वरा करार) AGREEMENT by APPLICANT (38844 pt 407)

AGREEMENT by APPLI 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 of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through about it's activities/achievements. Such use of my photo & details of the "purpose" for which activities/achievements. Such use of my photo & details of the "purpose" for which activities activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation and/or disseminating information 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 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 Trustees of Koshika Foundation, and their 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

1) इस प्रपन पर अपने हस्ताबर या अंगर्ट की खाप लगाकर, मैं (आयोदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंटेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो विवास हम प्रपन्न में क्षेत्रिक के नाम में अधिकृति करता है एवं "कोशिका फाउंटेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गांठीवींघयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाणि करते के किए करते के कि से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रपत्र का विकरण भेरे इलाज के फल्ले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व ज्वासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेरक) इस बत से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्देशों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्यांसयों का निर्णय ऑडम और वाध्यकारो होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगृठे का निवान

प्रमश्र

### AGREEMENT by HOSPITAL (४ स्थाल इस करा)

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 (Hospital) hereby affirm & accept following: 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, हस्तक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका काउन्डेशन" से विलिय सहायता हेडु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सस्कारी संस्थान या किसी सन्य स्वोत से उक्त रोगो/मायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं सिफारिकाविनीत तकत के सम्बंध में "कोक्षिका फाउन्डेरान" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोक्षिका फाउन्डेरान" द्वारा सहस्यक विनित व्यक्तिक/फफल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था व किसी अन्य सनस्थन से सहावत लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उका रोगी/पापले हेनु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/शेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति को है। गोगी पर इस्पताल द्वारा री गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल ८ कार प्रमास है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने बाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने बाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई मुमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. CHE **Date of Surgery** SIMA DAS (Name, Designation of Stamp of Authorised Signatory Ocubplasty and Subject of Pospharyices

Director Manual Hugaling of Pospharyices (Name of Dr. Schedit, No. With Stance) FOR INTERNAL USE OF KOSPIKA FOUNDATION आनारिक विभागिक होगा Scharlty Eye Hospital SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 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 Kushabh Sahu: E/0725/0141

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

Name		Kushabh Sahu	Addres s/	Mehendipur Balaji near kota pushkar road,Ajmer,Rajasthan	
MR N		DEL-G-21-03-0390	Age/Se	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	23/07/2025; 28/07/2025	EUA (Examination under anesthesia)	2000	2	4000
2	24/07/2025	MRI	6500	1	6500
3	31/07/2025	IAC(Intra-arterial chemotherapy)	90000	i	90000
		Total			100500

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