APPLICATION No. :		RM FOR ASSISTANCE र आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika Foundation Building block of life
AME of APPLICANT :	C 072	5 0142	APPLICATION DATE आचेदन तिथी	7 1 1	Building block of life.
ATHER S/SPOUSE'S NA	SANS		AGE-YEARS 3	The second secon	104000
SEAM HAN	PROOF	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	S वर्तमान आवासीय प	ARALYAN,	in Cont
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRES		1	
CCUPATION : प्रवसाय OTAL ANNUAL INCOME	SHOP	OWNER (PAT	WHO Y	MARRIED (feetfeet)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
AN No. 3276 mm	1,	80,000 CFA	THER)	(Attach Proof of In (आय का साक्ष्य सं	come)
या आप आय कर दाता है	AX ASSESSEE ((जो मान्य हो ठा	Tick whichever is applicable): स पर मही का निशान लगावे।	Yes / हां/		
Sr. No. क्रम संख्या	Na	me of Family Member	Relation with Applicant		
1,	AVNE	(वार के महत्त्रम का जन	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध
3.		MA	25	E A A E	RROTHER
		BASIS for REQUESTING A	ASSISTANCE (Tick whi	ichever is applicable)	
BPL Card (Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	Copy) प्रमाण पत्र	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संस्थन	। अधार	ichever is applicable) Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड को लया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे	Copy) प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाण एव (प्रमाण पत्र की छावा प्रति सीतन	। अधार	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को लगा और संलग्न करे। ISTANCE:	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झवा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण एव (प्रमाण पत्र की समय प्रति संस्थन "PURPOSE" (सहायवा है	करे। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS तु किये गये विनती का	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को जया प्रीत संलान करे। ISTANCE: उद्देश्य:	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झवा प्रति	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है	करे। (प्रमाण प्र for REQUESTING ASS तु किये गये विनती का Medical Reports/Pre स्पताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई को जया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उद्देश्य: pscriptions Attached	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झवा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण एव (प्रमाण पत्र की समय प्रति संस्थन "PURPOSE" (सहायवा है	करे। (प्रमाण प्र for REQUESTING ASS तु किये गये विनती का Medical Reports/Pre स्पताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को जया प्रीत संलान करे। ISTANCE: उद्देश्य:	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झाबा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है	करें। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS वु किये गये विनती का Medical Reports/Pre प्रमताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई को जया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उद्देश्य: pscriptions Attached	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झाबा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है	करें। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS वु किये गये विनती का Medical Reports/Pre प्रमताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई को जया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उद्देश्य: pscriptions Attached	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झवा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है	करें। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS वु किये गये विनती का Medical Reports/Pre प्रमताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई को जया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उद्देश्य: pscriptions Attached	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झवा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है	करें। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS वु किये गये विनती का Medical Reports/Pre प्रमताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई को जया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उद्देश्य: pscriptions Attached	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झाबा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है	करें। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS वु किये गये विनती का Medical Reports/Pre प्रमताल/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता काई को जया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उद्देश्य: pscriptions Attached	Basis/Proof
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झाबा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र की समय प्रति संस्थन "PURPOSE" (सहायवा है	करें। (प्रमाण पत्र for REQUESTING ASS वृ किये गये विनती का Medical Reports/Pre Putine/डॉक्टर से जारी व	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को स्था प्रति संलग्न करे। ISTANCE: उदरेरप: Pscriptions Attached ती गई प्रतिवंदन सूची संलग्न	अन्य कोई साह्य
(Attach Card (गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की झवा प्रति Sr. No.	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संसन्त "PURPOSE" (सहायवा है)	करें। (प्रमाण प्रम for REQUESTING ASS तु किये गये विनती का Medical Reports/Pre Prane/डॉक्टर से जाये व िप्रमे	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को स्वया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उदरेहर: Pscriptions Attached ते गई प्रतिवेदन सूची संलग्न TRUPTO MA	अन्य कोई साह्य
(Attach Card (गरीवी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र को खाया प्रति Sr. No. क्रम संख्या	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संस्थन "PURPOSE" (सहायवा है अल्प	करें। (प्रमाण प्रम for REQUESTING ASS वृ किये गये विनती का Medical Reports/Pre Prane/डॉक्टर से जारी व िप्रमें	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को स्वया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उदरेहर: Pscriptions Attached ते गई प्रतिवेदन सूची संलग्न TRUPTO MA	Basis/Proof अन्य कोई साह्य
(Attach Card (गरीवी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र को खाया प्रति Sr. No. क्रम संख्या	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संस्थन "PURPOSE" (सहायवा है अल्प	करें। (प्रमाण प्रम for REQUESTING ASS वृ किये गये विनती का Medical Reports/Pre Prane/डॉक्टर से जारी व िप्रमें	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को स्वया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उदरेहर: Pscriptions Attached ते गई प्रतिवेदन सूची संलग्न TRUPTO MA	अन्य कोई साह्य
(Attach Card (गरीवी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र को खाया प्रति Sr. No. क्रम संख्या	Copy) प्रमाण पत्र वे संस्थन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संस्थन "PURPOSE" (सहायवा है अल्प	करें। (प्रमाण प्रम for REQUESTING ASS वृ किये गये विनती का Medical Reports/Pre Prane/डॉक्टर से जारी व िप्रमें	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड को स्वया प्रीत संलग्न करे। ISTANCE: उदरेहर: Pscriptions Attached ते गई प्रतिवेदन सूची संलग्न TRUPTO MA	Basis/Proof अन्य कोई साह्य

- 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 assistance. If most of the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any was requested by the supplication of the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any limit that assistance. If most of the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any limit that assistance is the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance.
- 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.

 3) I hereby confirm that I have not & will purpose.
- was requested by me.

 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) मैं भोषणा करता है कि इस प्रक्रण के किन -> 1) मैं भोषना करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी निवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं अध्यन असम्य पाना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है ज
- मेर द्वारा जो सहायक राशि "कोशिका फाउन्हेंशन", में श्री जा नहीं है, उसका उपलंग उसी उद्देश की पृति के लिये किया जायेक, तो इस प्रकृष में घरा गया है।
 में पुष्टि करता हूँ कि किस सहायक होतु यह प्रार्थना को उसे के 3) में पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृष्टि के तिये किया आयेण, जो इस प्रारूप में घरा गया है। पविष्य में लूँगा।

 1) में पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गाशि का आशिक या सकत हिस्स किसी अन्य सीत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही घविष्य में लूँगा।

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 financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo financial information and it's Trustees to use in the information and it 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 activities/achievements. Such assistance is requested/granted to verbal, print, electronic activities/achievements. 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 can be made by the formation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by the formation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being roughly before or after my treatment or fulfilment of the "purpose". activities/achievements. Such use of my photo & details of the "purpose" for which such assistance and/or disseminating information of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further 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 will rest solel with the Touristically entitle me for receiving or continuing the assistance 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 decision is

1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अगर्द की छाप लगाकर, में (आयेरक) अपनी सहगति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में मोशिक है करें । पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनान्या दूसरे उन्देश्य से बुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यय से प्रसारित करने के लिया अधिकाल है। भी

से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बत में सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" पता "कोशिका" एवम् उसके न्यासियाँ का निर्णय आँतप और बच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के इस्ताक्षर क अंगुठे का निशान

3/40/21

AGREEMENT by HOSPITAL (कस्पताल द्वारा करार)

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 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 मानले/रोगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायण हेतु सिफारिश की वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान य किसी अन्य स्त्रीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति ठक्त के सम्बंध में "कोशिका फाठन्देशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायक्ष विनति आहिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहस्थत सेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्थताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था क किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" सं तो गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। सेगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं इस्पताल " के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये डस्थताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की मारी जिम्मेदारी रोगी एवं डस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति DE SIMA DAS **Date of Surgery** (Name, Destination & Starting of Applications of Hospital) नम ह पह स्थान के समिति स्थानकार के स्थानकार के स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के समिति स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानकार के स्थानकार के स्थानकार के समिति स्थानकार के स्थानका TOUR Name of Dr. & Return RB. Wat Hampf OL SMART का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अइन्हरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर । न्यासी हस्तासर 2





Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Sanskar: E/0725/0142

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

Name		Sanskar	Addres s/ Phone:	Village Han Pasina, Shahbad, Uttar Pradesh	
MRN		MOM-G-25-06-1104	Age/Se ×	11 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	25/07/2025	EUA (Examination under anesthesia)	2000	1	2000
	26/07/2025	MRI	6500	1	6500
		Total			8500

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