APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थात रेशामाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION DATE APPLICATION No. Building Stock of Life. 0925 0191 आवेषम संख्या : सलेख विभी AGE-YEARS SHIT-IN SEX SHI NAME OF APPLICANT SURAT KUMPR आनेक्स का सम OG YEAR MALE FATHER: MISPOUSE'S NAME PANEAT CFATHER) निकासदुरम को सम PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHITE SUMBLY TO CIR FATY PERMANENT RELIDENCE ADDRESS; POR INPURIOR VID OCCUPATION: LABOURER (FATHER) MARRIED (THIRRY) / UNMARRIED (NIGHT ST) BUTTERN TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) 60,000 PATHER कल वार्षिक अव (आवं भार साध्य संशाम) PAN No. PIRE BEST HERE ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर राता है (को मान्य हो उस पर सही का विकास समाधी Yes / No FAMILY DETAILS TOTAL PRINT Sc. No. Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Gender उप (पर्य) **SA REG** परिवार के सहस्यों का नाम fine जावंदक के साथ सम्बंध MAL ATME 60 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) पाराचान के लिये क्रिमीन सम्पार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) SPL Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरिवी रेखा के जीचे प्रमाण पत ब्ला आहे वर्ग प्रमान पत रापधाला कार्ड जना जोई साहय (अमारा घर को छाना और संसाध करे। (प्रमाण पत्र की सामा उठि संतरत करे। । प्रथम पर भी सन्द प्रति मोशन अरे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE स्तालक तेतु किये गर्ने जिन्ती का उद्देशकः Medical Reports/Prescriptions Attached St. No. अस्पतानः वॉक्टर से जारों को गई प्रतिबंदन सूची संतरन क्रम संस्था DIACINEN FTINGELM TO MA 158 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महत्त्वता कियों अन्य करेत से लिखा तथा हों? MA AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED St. No. NAME of OTHER SOURCE मी गई भागमत एसी भारत द्वार्थन का नाम 明中 研究

DECLARATION by APPLICANT: MINES DR. MINES TO:

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my locally opp. Any face statement will reoder my Application & cogoing assertance, it arts tratted for representative and application.

2) solerting confirm that assistance. If received from Kosh sa Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form for which such assistance. Was required by me

3) I hereby confirm that I have not 5 will not in future, away of numbursement, in part or in full, from any other sourcement representative or company, of the amount of for which this assistance is requerted

(1) में प्रमुख बात है कि इस प्रकृत से दिन गये तथी विकास की जानकार के अनुसार बात कर कहा है। यह कोई दिनाय को जानकार है के मेरे महामत निगत की जा सकते हैं।

में बात में आवित की "अधिकार प्रावन्ति", में से के भी है, उसका प्रथमित उसी प्रकार की पूर्व के लिए किया करेता, जो इस प्रकार में पात तथा है।

1) में पुष्टि करता है कि जिस संस्थात है। यह प्रार्थन को गई है, उस गाँग का आधिक या संस्था किया किया के की एक से विश्व है और न भी प्रतिस्थ में पूर्णा

AGREEMENT by APPLICANT (settle till will)

1) By affixing my signature or mumb impression on this Form 1 (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to ose publishput up/reptoduce my name, address, phono & details of the "purpose" for which such assistance is required granted, through any medium, excluding set not limited to verbal, print, electronic for soliciting denotions for rights a Foundation and/or distance by information about it's activities facility ements. Such use of my photo & details can be made by ficshess Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose"

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & cetals of the "purpose", for which such assistance is requested/granted. will not automatically entitle me for receiving or continuing the said essistance. The decision for granting and/or continuing the sesistance will rest solery with the Trustees of Rosman Foundation; and their decision is this regard will be final and acceptable to me

 इस प्रमण मा अपने इस्ताबार या अध्य की ब्राप्त लाखका में (कार्यका) तारनी सामग्रीत की पुरित करता ई एवं "कार्यका कार्यकान और प्रमण जानोवी " को कांग्यून करता ई के पेठ नाम. मात्र, परोहों और के विभाग इस प्रत्य में धर्मित है, जमें "कोशिका" एवम् नासी, दान, याबाधाथ दूसने इन्द्रेश से हुदी जोतनियां और उपलब्धा में ऐस्त्रे किसी भी प्रतार नामान में प्रमाणि कार्य के लिए अधिकृत है। मेरे पार का फिलाने मेरे इन्द्रम में पारते में बात में बात में किए "कॉलिका फाउडेसा" व नासी ऑफस्स है।

2) मैं (आहेरक) इस बाह में सहस्य है कि मेर तान, पता, चोटो और प्रधान के कि बकता के स्ट्राची में प्रदेश है मुझे मार, महाया का सकता की काता इस सकता में "कारिता" एक्ट् सार्थ नामित्र का गिर्मा सीम और कांग्यकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

माचेरम भी इसल्या ए संदूर्त का रिकार



AGREEMENT by HOSPITAL (TRUMP (DO 1002)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kosnika Foundation; we

1) that we neither are presently for will in future avail of financial entiretimos 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 of the requested assistance is not granted by Krahika 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 assemblely states that the Hospital and not area any suplicate assistance for the same patientices from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Koshina Foundation is only financial in righter. The unoice of the bestment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way efficienced by Koetika Foundation. Hance, the Hospital as issume sole & complete responsibility of the treatment & it is outcome & safety of the patient, and Koetika Foundation and nove no role or responsibility.

हमा अधिकृत हम्मानी को अंत्र में गामाने ऐसे को "कोणिया पारकाशन" से विशेष प्रशासन हमू विकासन को आते हैं, दिन इस (इन्सान) किन क्यार में माना क स्वीकार करते हैं। व्य कि म ले करेवार और न की धीराम में विरोध महावात कियों के सामानी माध्या का Best अन्य करेता में क्या के क्या में के कि हमने "पाणिका आउन्हेंका"

ते विकासिक विकास के सामा में "काशिका कारनेशार" हाए परर श्री कि है। यह "क्षीताबा पार्टिकर" हाए बहुत्वा किनीर स्वीतिक सामा हेंदू पत्ता जो किया जता है से अस्पास कियों अन्य हैं बारती संस्थ के किसी अन्य सामाना में महावता मेंते का अधिकार मुस्तिन एकता है। इस पृष्टि में स्थार करा कता है कि अस्थापर दिलीय स्थार करा सेनी आपनी हेतु किसी के असूनों साथ से विशे दन सबसे में सो लगानार्थ

्र "अंकिका कार-देशाः" से औं वर्ष सक्त्या, क्षेत्रण विविध कर्मी की है। येगी या सम्बात द्वारा ही वर्ष स्टब्स में किंद तक वर्षकारप्रक्रिय का पुरूत सेगी वर्ष क्ष्मावाग के क्षेत्र कर निरुद्ध है और "बर्गाका करान्त्रार" क्रम किसी प्रकार का कोई एका की है। इस्तिस इस्ताल में साहे के इसके मुख्य और उसने की माने दिल्लाकों सेनी पर हामानात की होगी और "करेंगला" की कोई पुरस्का का किस्महर्ग इस मामले में अही होगी। Dr. SIMA DAST

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. CHILL GUPTA स्वाकृतो भी लिए संस्कृति

culoplasty and Ocular Oncology Services Regd No 100745 Dr. Strintfin Chanty Eye Hospitel (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

अन्तर का भाव स इस्ताक व गाँध व

Director, Medical Education Department Regit No. 00291 Dr. Short's Charity Eyo Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) THE R PER PERSON WINDOWS AND ADDRESS OF THE PERSON

Ocumplisity and Ocular oncology sarvices

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सन्तरिक उपयोग हत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवसी हरताओं ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Date of Surgery

जीनोशन को तारिक





50" September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Suraj kumar- E/0925/0191

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

Name		Suraj kumar	Address/ Phone:	Gram bhakhari, post dhanokhar, Bagpath- 813204	
MR N		DEL-G-23-03-5810	Age/Sex	5 years	Male I
5. No.	Treatment date	ltuerns	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
Ţ	09/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000		2000
	YE		100	TRU	37
		Total	- 21/3		2000

Jan /

Best Regards

Dr. Strat DAS

Development opening strates

Dicestor, Mindred Environment Appl. No. 00291

Dr. Shrotes Charte See Hospital

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

DTHER CENTRES