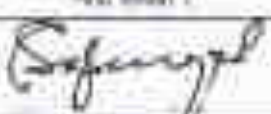
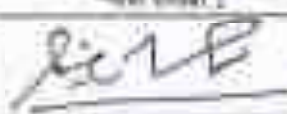


DEL-4-25-01-0377

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare)		Koshika Foundation Building Health in India	
APPLICATION NO. (आवेदन संख्या): E/0125/0327		APPLICATION DATE (आवेदन तिथि): 01/01/25			
NAME OF APPLICANT (आवेदक का नाम): DIVYANS		AGE/YEARS (वर्ष): 03 YEARS			
SEX (लिंग): MALE					
FATHER'S/SPONSOR'S NAME (पिता/सहोदर का नाम): NEERAJ KUMAR (FATHER)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - WHERE CURRENTLY IS: POST: HILAWI, MAURAWAN, PURWA, U.P. PIN: 209821					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - WHERE BORN IS:					
OCCUPATION (व्यवसाय): ELECTRIC SHOP EMPLOYEE (FATHER) ☒ MAHARAJA (Mother) ☐ UNEMPLOYED (Unemployed)					
TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय): 1.70 LAKH (FATHER) ☒ (Attach Proof of Income) (आवेदन के साथ प्रमाण)					
PAN No. (पैन नंबर):					
ARE YOU AN INCOME TAX RESIDENT? (Tick whichever is applicable) आवेदन के साथ प्रमाण है कि आप भारत में निवासी हैं या नहीं? (यदि हाँ तो 'Yes' चुनें, यदि नहीं तो 'No' चुनें)					
FAMILY SCHEDULE (परिवारिक तालिका)					
Sl. No. (सं. क्र.)	Name of Family Member (परिवारिक सदस्य का नाम)	Age (Years) (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relationship with Applicant (आवेदक से संबंध)	
1	NEERAJ KUMAR	31	MALE	FATHER	
2	MONIKA	29	FEMALE	MOTHER	
3	RISHWARYA	02	FEMALE	SISTER	
NAME FOR REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (आवेदन के लिए नाम चुनें)					
BPL Card (BPL Card Holders) (आवेदन के लिए नाम चुनें)		DISE Cardholders (DISE Card Holders) (आवेदन के लिए नाम चुनें)		Ration Card (Ration Card Holders) (आवेदन के लिए नाम चुनें)	
Any Other Document (आवेदन के लिए नाम चुनें)					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (आवेदन के लिए नाम चुनें)					
Sl. No. (सं. क्र.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आवेदन के लिए नाम चुनें)				
1	DIAGNOSIS - RETINOPATHY				
2	TREATMENT				
ASSISTANCE BEING AWARDED IN SOME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES (आवेदन के लिए नाम चुनें)					
Sl. No. (सं. क्र.)	NAME OF OTHER SOURCE (आवेदन के लिए नाम चुनें)		AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AWARDED (आवेदन के लिए नाम चुनें)		
	NA		NA		

DECLARATION by APPLICANT : (उम्मीदवार द्वारा)	
1) I hereby declare that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. I am liable for rejection/cancellation. 2) I hereby declare that assistance I received from Kashiya Foundation will be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was requested from. 3) I hereby declare that I have not & without future, used or intend to use, in part or in full, from any other source (individual or business company) of the amount for which this assistance is requested. 4) मैं अपने द्वारा दिए गए सभी विवरणों में सत्यता के साथ अपने ज्ञान के अनुसार घोषणा करता हूँ। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदनपत्र और जारी की गई सहायता को खारिज कर देगा। मैं इसके खारिज होने के लिए उत्तरदायी हूँ। 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में नहीं, किसी भी अन्य स्रोत (व्यक्तिगत या व्यवसायिक कंपनी) से उस राशि के लिए सहायता प्राप्त की है जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।	
AGREEMENT by APPLICANT : (उम्मीदवार द्वारा)	
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree to authorize Kashiya Foundation and its Trustees to use my details of my residence, my name, address, phone & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any means, including internet (email or social media), print, electronic, for fulfilling demands for Kashiya Foundation under documentary information given (its acknowledgement). Such use of my details & details can be made by Kashiya Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested. 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, phone & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting further continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kashiya Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me. 3) मैं अपने नाम और पता के साथ अपने नाम, पता, फोन नंबर और "उद्देश्य" के विवरणों को प्रदान करता हूँ, जिसके लिए मैंने सहायता की मांग की है। मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ कि कशीया फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी इस जानकारी का उपयोग किसी भी माध्यम से, जिसमें इंटरनेट (ईमेल या सोशल मीडिया), प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, कशीया फाउंडेशन द्वारा दस्तावेजी जानकारी प्रदान की गई है (इसकी पुष्टि)। इस जानकारी का उपयोग कशीया फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार से पहले या मेरे "उद्देश्य" के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है। 4) मैं (उम्मीदवार) और मैंने सहमत किया है कि मेरी नाम, पता, फोन नंबर और "उद्देश्य" के विवरणों का उपयोग, जिसके लिए मैंने सहायता की मांग की है, मेरी सहायता को प्राप्त करने के लिए स्वतंत्रता प्रदान करता है। मैं सहमत हूँ कि कशीया फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला कर सकते हैं, और मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला कर सकते हैं।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : उम्मीदवार के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का छाप	
	
AGREEMENT by HOSPITAL : (हॉस्पिटल द्वारा)	
By affixing hospital signature of the Authorized Signatory for endorsing the request for financial assistance from Kashiya Foundation, we (Hospital) hereby agree to 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 purpose, as we are requesting to get from Kashiya Foundation, for the same purpose, as assistance is granted by Kashiya Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashiya Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to avail of the financial assistance from another NGO or any other source. The contribution essentially states that the Hospital will not avail any financial assistance for the same purpose from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Kashiya Foundation is only financial in nature. The decision of the hospital to provide such assistance is solely by the Hospital on the subject, is based on the requirement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Kashiya Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Kashiya Foundation will have no role or responsibility in this matter. मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। 1) मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। 2) मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ। मैं (हॉस्पिटल) कशीया फाउंडेशन से वित्तीय सहायता की मांग करने के लिए सहमत हूँ।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE उम्मीदवार को स्वीकार करने के लिए	
Date of Surgery उम्मीदवार की तारीख 02/01/25	Dr. CHHAVI Bhatt (Name of D.O. or other Medical Officer) Hospital and District Hospital District Hospital, District Hospital
Dr. CHHAVI Bhatt (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) District Hospital, District Hospital District Hospital, District Hospital	
Dr. CHHAVI Bhatt (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) District Hospital, District Hospital District Hospital, District Hospital	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 श्रीमान श्रीमान 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 श्रीमान श्रीमान 2
	



31st January 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Deyvra: L00125/0327



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Caring for the community since 1927

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgery</u>					
Ward		Mast. Deyvra	Address	Post Hill, Noida, Uttar Pradesh-201325	
MR		DEL-G-25-01-0377	Age/Se	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Item:	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2025-01-02	ICU	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL
5027, Koda Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India
Ph: 011-4352 4444, 4352 8888, Fax: 011-43528816
E-mail: ecsh@scch.net, Website: www.scch.net

OTHER CENTRES

ALIBAB • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VINDHAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RAIPUR