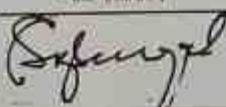
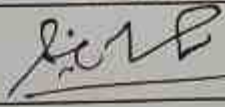


Dec-4-19-07-2354

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)	 Koshika Foundation	
स्वास्थ्य हेतु सहायता प्रदान		(स्वास्थ्य हेतु)		
APPLICATION No. आपका क्रमांक	E/0126/0354		APPLICATION DATE आपका तिथि	2/1/26
NAME of APPLICANT आपका नाम	SWAILESH PAUDEL		AGE/YEARS (वर्ष-वर्ष)	8 YSARS
			SEX (लिंग)	MALE
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	RAMESH KR PAUDEL (FATHER)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)				
TUSIPIA, NARAYAN, POKRA WARD NO.-1X, SANGU, NEPAL - 22002				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)				
OCCUPATION व्यवसाय	LABOURER (FATHER)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	22,000 (FATHER)		(Attach Proof of Income) (आपका प्रमाण पत्र)	
PAN No. (आपका पैन नंबर)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं? (यदि हाँ तो 'हाँ' में टिक करें, अन्यथा 'नहीं' में टिक करें)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आपका संबंध
1.	RAMESH	42	MALE	FATHER
2.	PARBATA	38	FEMALE	MOTHER
3.	SHARADHARA	65	FEMALE	GRANDMOTHER
4.	SHARADA	18	FEMALE	SISTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पोलार्ड कार्ड का प्रमाण पत्र (आपका पत्र में प्रमाण पत्र संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (आपका पत्र में प्रमाण पत्र संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (आपका पत्र में प्रमाण पत्र संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:				
Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉल्डिरेन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - RETINOPATHY			
2.	TREATMENT - EVA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (NO) क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
	NA			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:	
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 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है। 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समान विराम किसी अन्य प्रोवेंडोर/बॉनस कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 & 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 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.	
(1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् 'न्यासी', पत्र, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व 'न्यासी' अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यासी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक से इलाज का लपेट का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 in the matter.	
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं हमसे फायदे/लेने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु 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 वित्तिय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/प्रकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/पत्र से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सारण से नहीं लेता/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अन्य जहाँ के रोगी के लिए जिम्मेदार, रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/1/26	Dr. CHHAVI GUPTA Advanced Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल व रजि. नं.
Dr. SIMA BAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 60291 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Shailesh Paudel- E/0126/0354

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Shailesh Paudel	Address/ Phone:	Tulsipur nagar packa ward no.- 18, Dang, Nepal- 22402	
MR N		DEL-G-19-07-2354	Age/Sex	8 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-01-09	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			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 : sceph@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET