FATHER'SISPOUSE'S NAME: S SCHU PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता AGUATHUR AND ACA & DAVID PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता AGUATHUR AND ACA & DAVID PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता AGUATHUR AND ACA & DAVID PREMANENT RESIDENCE ADDRESS: क्यां अवस्थीय पता AGUATHUR AND ACA & DAVID PREMANENT RESIDENCE ADDRESS: क्यां अवस्थीय पता ARRE VOLAN AND ACA & SEESSEE (Tick whichever is applicable): FAMILY DETAILS परिवाद विकास ARRE VOLAN AND COME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): FAMILY DETAILS परिवाद विकास FAMILY DETAILS VROAT (क्यां विकास FAMILY DETAILS TRACE FAMILY DETAILS TR	APPLICATION No. : आवेदन संख्या : NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	ATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेतू आवेदन प्रारूप – ।	CE (Heali स्वास्थ्य) 11\% ठि% % APPLICATION DATE आवेदन तिथी AGE-YEARS अ	3/12/18	Koshika foundation Building block of life.
CCUPATION: MARRIED (Railfor) OCCUPATION: MARRIED (Railfor) TOTAL ANNUAL INCOME: पुल जारिक जाय ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): असम संक्ष्म आप अस कर रहा है (जो मान हो उस पर सहिं का नियान लगाये। उस मंस्क्रम अप अस कर रहा है (जो मान हो उस पर सहिं का नियान लगाये। उस मंस्क्रम अप अस कर रहा है (जो मान हो उस पर सहिं का नियान लगाये। उस मंस्क्रम अस्क्रम	FATHER'S/SPOUSE'S NAM पिता/कटुम्भ का नाम	PRESENT RESIDENCE ADDR	RESS वर्तमान आवासीय प	ता	
PAN No. त्याई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही निरामा लगाये। अप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही निरामा लगाये। अप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही निरामा लगाये। अप अप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही निरामा लगाये। अप अप अप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही निरामा लगाये। अप अप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही निरामा लगाये। अप अप अप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही मान्य मान्य अप	व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME :	Embroideres	Q VC	MARRIED (विवाहित	
Sr. No.	PAN No. स्थाई खाता संख्या	NIA		(आय का साक्ष्य स	icome) लग्न)
Si. No. Name of Family Member पृथिया के सदस्यों को नाम पृथिय के स्थाप समया निस्ती को नाम पृथिय के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य अन्य क्षेत्र किसी अन्य सहायता किसी अन्य सहायत					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. क्रम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE कन्य संख्या NAME of OTHER SOURCE कन्य संख्या AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कन्य खेता का जाम	क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Sectur	Age (Years) उम्र (वर्ष) 2+ 22	Gender fein Male female	अविदक के साथ सम्बंध - ather Mother
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. क्रम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE कन्य संख्या NAME of OTHER SOURCE कन्य संख्या AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कन्य खेता का जाम					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्य आय वर्ग प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. क्रम संख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. क्रम संख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का जाम		BASIS for REQUESTING A	SSISTANCE (Tick whiche	ever is applicable)	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		Rat (Atta उपभ	ach Copy) क्ति कार्ड	Basis/Proof
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न प्रिकृति कर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न प्रिकृति कर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न प्रिकृति कर से उपार के हिंदू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. इस संख्या NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		"PURPOSE" foi सहायता हेतु	r REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्देश	NCE: य:	
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या । अन्य स्त्रोत का नाम	क्रम संख्या	Diagnosu sen	ताल/डॉक्टर से जारी की गई	प्रतिवेदन सूची संलग्न	The second
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या । अन्य स्त्रोत का नाम					
sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या । अन्य स्त्रोत का नाम		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उददेश्य के हेत कोई अन्य	or SAME "PURPOSE" fro	om OTHER SOURCES	
J. SCEP		NAME of OTHER SOURC	E	AMOUNT of AS	SSISTANCE BEING AVAILED गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 as 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सक
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

2 (forther - Seetu)

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 pature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले.रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति 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 फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. SIMA स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Consult at Oculoplasty
Regd. No. 00291
Di Shroff's Charity Eye Hospital
New Delhi-110002

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आन्तरिक उपयोग हेत्

न्यासी हस्ताक्षर 2

lit





4th January 2019

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Shyam :-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries Supported by Koshika Foundation

Name		Shyam	Address/Phone:	Near Ambedkar Bhavan, Agwanpur, Mawana Meeruit; Uttar Pradesh-250406	
MR NO.	<u> </u>	G18/09/0661	Age/Sex		5 years/Male
Koshikha Application No.		D/1218/0094			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	3/12/2018 & 4/12/2018	Chemotherapy	3000	1	3000
2	3/12/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	3/12/2018	Blood Investigations	132	1	132
		Total			4132

Best Regards

Dr. Sima Das

Consultant

Oculoplasty and Ocular Oncology Services