

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(Healthcare)

(Healthcare)



Koshika
foundation
Building lives with love

APPLICATION No. E/0125/0309APPLICATION DATE: 20/01/25NAME OF APPLICANT: ARCHITAGE: 06 YEARS SEX: MALEFATHER'S NAME: SAURABH (FATHER)PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GRAM NALAPPA, ATBATEWIE, MOHAMMADNAGAR,U.P. - 222222PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: GRAM NALAPPA,OCCUPATION: FARMER (FATHER)

MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000 (FATHER)ATTACH PROOF OF INCOME
(2023-24 FORM 16/17)

PAN No. (If any)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (If yes, attach in application)

Yes / No

FAMILY DETAILS (If any)

Sl. No. (1-10)	Name of Family Member (If any, attach in application)	Age (Years) (01-10)	Gender (M/F)	Relationship with Applicant (Father, Mother, etc.)
1.	SALIM BHA	28	MALE	FATHER
2.	SABINA	24	FEMALE	MOTHER

BANK FOR REQUESTING ASSISTANCE (If any, attach in application)

Govt. Card (Aadhar Card Copy) Attach in application (If any, attach in application)	AHS Certificate (Aadhar Card Copy) Attach in application (If any, attach in application)	Bank Card (Bank Card Copy) Attach in application (If any, attach in application)	Any Other Data/Proof Attach in application
--	---	---	--

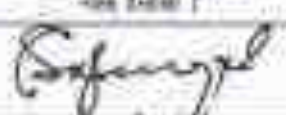
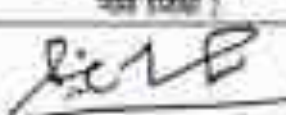
PURPOSE FOR REQUESTING ASSISTANCE
(If any, attach in application)

Sl. No. (1-10)	Medical Reports/Prescriptions Attached (If any, attach in application)
1.	DIAGNOSIS - <u>RETINOBLASTOMA</u>
2.	TREATMENT - <u>RAI - 131I, SURGERY</u>

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME PURPOSE FROM OTHER SOURCES
(If any, attach in application)

NO

Sl. No. (1-10)	NAME OF OTHER SOURCE (If any, attach in application)	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AWARDED (If any, attach in application)
	NA	

DECLARATION by APPLICANT (written in Hindi): 1) I hereby confirm that details of this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for immediate termination. 2) I solemnly declare 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, seek or reimburse, in part or in full, from any other health/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. 4) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं यहाँ के बिना किसी भी प्रकार के झूठे दावे के इस फॉर्म को भर रहा हूँ। यह सब दावे सच हैं और मैं इस मदद को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा जो इस फॉर्म में उल्लेखित है। 5) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं करूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (written in Hindi): 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree to authorize Koshika Foundation and its Trustees to publish/submit/communicate my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/planned, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its socio-health programs. Such use of my photo & details can be made by Koshika 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, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/planned, 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. 3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाऊँगा, जिससे मैं (अर्थात्) मैंने यहाँ के बिना किसी भी प्रकार के झूठे दावे के इस फॉर्म को भर रहा हूँ। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं यहाँ के बिना किसी भी प्रकार के झूठे दावे के इस फॉर्म को भर रहा हूँ, जो "उद्देश्य" के लिए है, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ। मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं करूँगा। 4) मैं (अर्थात्) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं करूँगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION यहाँ मैं अपना नाम या मुद्रा लगाऊँगा। अंजना		
AGREEMENT by HOSPITAL (written in Hindi): By affixing my name, signature or my Authorized Signatory for recommending this recommendation for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following: 1) that we neither are presently nor will in future seek or reimburse assistance from another NGO or any other source, for the same purpose, 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The commitment essentially states that the Hospital will not seek any duplicate assistance for the same purpose from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The extent of the financial assistance is decided/controlled by the Hospital on the basis of its need 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं करूँगा। 3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं करूँगा। 4) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैं इस मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं करूँगा।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE डॉ. चिन्मय गुप्ता Dr. CHINMAY GUPTA Director General, Emergency and Tissue Transplantation Services Regd. No. 101745 Dr. (Name of Dr. & Hospital with Stamp) यहाँ मैं डॉ. का नाम और हॉस्पिटल का नाम लिखूँगा।		
Date of Surgery सर्जरी की तारीख 21/01/25	Dr. CHINMAY GUPTA Director General, Emergency and Tissue Transplantation Services Regd. No. 101745 Dr. (Name of Dr. & Hospital with Stamp) यहाँ मैं डॉ. का नाम और हॉस्पिटल का नाम लिखूँगा।	Dr. SURE DAS Director Dr. SURE DAS Director Director, Medical Education Department (Name, Designation & Name of Authorized Signatory as Author of Hospital) यहाँ मैं डॉ. का नाम और हॉस्पिटल का नाम लिखूँगा।
FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ हस्ताक्षर करें। 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ हस्ताक्षर करें। 



31st January 2022

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Archil- E/0123/0309



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgery					
Name	Archil	Address	Phone	Grant Name, Atankpur, Mohammadabad, Udaipur, Prakash-230227	
MR	DEL-P-24-07-0520	Age	6 years	Male	
S. No.	Treatment date	Form	Cost per Unit	No. of Unit	Approx. Cost
1	2020-05-25	NRI	6500	1	6500
		Total			6500

Best Regards

Dr. Rima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

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

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • BODI NAGAR • RANIGET