G18/04/3358 New

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D/0718/0009

APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 23/6/2018

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम KOMAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष 1 year

SEX लिंग female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कुटुम्ब का नाम S/O VIKAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

CHIRYAN KAUR @ TIGRI, GAUR CITY ROAD, CHIRYANA, GAUTAM BUDDHA NAGAR, U.P-201009

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

SAME AS ABOVE

OCCUPATION : व्यवसाय CHILD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ✓

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 72000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N/A

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें। Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Vikas	34	M	Father
2.	Pinky Sharma	27	F	Mother
3.	Monty Sharma	6	M	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।	✓ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis – Retinoblastoma (Both eyes)
2.	Type of treatment – Chemotherapy

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	SCEH	

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Caring for the community since 1914...

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

23rd July 2018

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Komal:-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital *Retinoblastoma Surgeries* Supported by Koshika Foundation					
Name	KOMAL		Address/Phone:	BAHRAMPUR VIJAY NAGAR,GHAZIABAD,UTTAR PRADESH	
MR NO.	G18/04/3358		Age/Sex	1 YEAR/FEMALE	
S. No.	**Treatment dates**	**Items**	**Cost**	**Aprox. Time (Cycle)**	**Aprox. Cost**
			One Time		
1	17/04/2018,18/04/2018,23/05/2018,24/05/2018,25/06/2018,26/06/2018	Chemotherapy	3000	3	9000
2	17/04/2018,23/05/2018,25/06/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	3	3000
3	17/04/2018	Bone Marrow + CSF	463	1	463
4	17/04/2018,23/05/2016,25/06/2018,	Blood Investigations	132	3	396
5	17/04/2018,18/04/2018,23/05/2018,24/05/2018,25/06/2018,26/06/2018	Fooding (2 Days Cost For Attendant)	340	6	2040
6	17/04/2018,18/04/2018,23/05/2018,24/05/2018,25/06/2018,26/06/2018	Fooding (1 Day Cost For A Child)	85	6	510
		Total			**15409**

Best Regards

Dr. Sima Das

Consultant
Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL
5027, Kedar Nath Road, Darya Ganj, New Delhi-110 002. India
Tel.: 011-43524444, 43528888 Fax: 011-43528816
E-mail: sceh@sceh.net Website : www.sceh.net