

G18/02/4554

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

D10718/0041

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07/9/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sakeshi Kumari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

2 YEARS

SEX लिंग

FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

D/O AMARJEET RAJAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

H.No. 1932, Gali No. 2, TILPAT
JALANDHAR, PUNJAB

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

MUSAPUR, SAMASTIPUR, BIHAR - 846114

OCCUPATION:

व्यवसाय

CHILD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

84000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्थायी खाता संख्या

N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर रत हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / No

हां / नहीं

No

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 सम्बन्ध
1.	AMARJEET RAJAK	21	Male	Father
2.	KANJU KUMARI	23	Female	Mother
3.	LAXMI DEVI	50	Female	Grandmother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर/सी जरी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RETINOBLASTOMA (Right Eye)
2.	Type of treatment - Chemotherapy cycle III

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1.	SCEN	



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 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/निर्धनकारी/बीमा 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 its 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 its activities/achievements. 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/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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर दिये गये सभी विवरण और उससे सम्बंधित "उद्देश्य" को प्रकाशित कर दूँगा कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित होंगे, जहाँ "कोशिका" द्वारा, मुझे, मेरा, मेरा पता, मेरा उद्देश्य, मेरी तस्वीरें और मेरे विवरणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना प्रकाशित नहीं किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है मुझे प्राप्त: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित नहीं किया जायेगा और मेरे द्वारा प्रकाशित नहीं किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

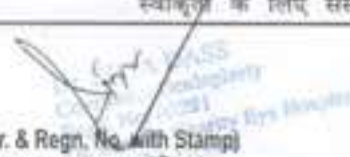
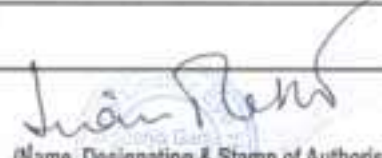
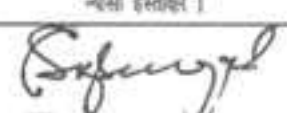
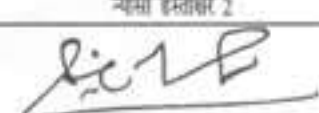
Amarjeet
(father - Amarjeet Rajak)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सन्तुष्ट/उपेक्षा को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/अवकाश हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल भौतिक मंदिर उम्मीद/सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता 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। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/7/2018	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
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 1914...



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

08th November 2018

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Sakshi Kumari:-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> Supported by Koshika Foundation					
Name		Sakshi Kumari	Address/Phone:	H.NO-1932, GALI NO-2, TILPAT FARIDABAD, HARYANA	
MR NO.		G18/02/4554	Age/Sex	2 years / FEMALE	
Koshika Application No.		D/0718/0041			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprax. Cost
1	9/07/2018 & 10/07/2018	Chemotherapy	3000	1	3000
2	9/7/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	9/7/2018	Blood investigations	132	1	132
		Total			4132

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

OTHER CENTRES

GURGAON • ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN