

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

D10818/0046

APPLICATION DATE:

18/03/18

NAME of APPLICANT:

Tahira

AGE-YEARS

4 years

SEX

female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

D/o MOHA GUDDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:

D/o MOHA GUDDU, 11/11, RAJENDRA NAGAR, ANCHAL - JAGADPUR, DIST BHARATPUR - 131015

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

SAME AS ABOVE



OCCUPATION:

CHILD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

36000/-

(Attach Proof of Income)

N/A

PAN No. (यहाँ खाल छोड़ें)

N/A

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

Yes / No

No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MOHA GUDDU	24	Male	Father
2.	GUJAR SHAI	22	female	Mother
3.	AMIR	8	Male	Brother
4.	MEHTAB	2	Male	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - Retinoblastoma (Right eye) Type of treatment - Chemotherapy (1 cycle)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोव्हीडेंट/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.

- जब मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान देता हूँ, तो मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे गए हैं, और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे गए उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये वित्तिय सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण भी इस प्रकरण में प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के अधिकार हैं। मेरे नाम, पता और उद्देश्य का विवरण को प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

*बीबी गुलाब राई*  
(Mother - Bibi Gulafsha)

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

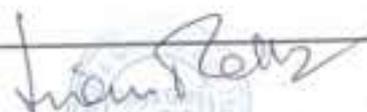
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.

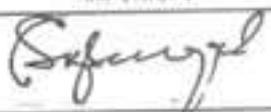
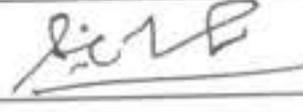
इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये गए मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगे हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश करने के लिये किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मांगे गए मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन को सिफारिश करने से नहीं रोका/रोकी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद प्राप्त की जाती है, उसे ही हस्पताल द्वारा ही मांगे गए उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग करने एवं हस्पताल को ही सही का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे के उपचार सुरक्षित और अपने अपने ही सही जिम्मेदारी होती एवं हस्पताल को ही सही और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृत करने के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/8/2018	 (Name of Dr. & Regit. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेजि. नं. के साथ मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों 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

08<sup>th</sup> November 2018

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Tahira :-

Estimated Cost					
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital					
<u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Supported by Koshika Foundation					
Name		Tahira	ADDRESS/PHONE NO	HNO 49/ 219 E BLOCK, DELHI-110053	
MR NO.		G18/03/4486	Age/Sex	4 years/ Female	
Application Number		D/08/8/0046			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	20/08/2018 & 21/08/2018	Chemotherapy	3000	1	3000
2	20/8/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	20/8/2018	Blood Investigations	132	1	132
		<b>Total</b>			<b>4132</b>

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: sceph@sceph.net Website : www.sceph.net

**OTHER CENTRES**

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