

G18/07/0897

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)				
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	D10818/0049	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	04/08/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Chandni	AGE-YEARS आयु-वर्ष	2 years	
		SEX लिंग	FEMALE	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम	Do DINESH RAM			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता				
Ram Chheda Khara, Khagana, Chheda Khara Bihar - 848203				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय	CHILD	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	84500/	(Attach Proof of Income) N/A (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : आई खता संख्या	N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता 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.	DINESH RAM		Male	Father
2.	RUBI DEVI	34	Female	Mother
3.	RAM BADAN	70	Male	Grandfather
4.	AJEET	15	Male	Brother
5.	ARTE	13	Female	Sister
6.	MAUSAM	10	Female	Sister
7.	SANGAM	5	Female	Sister
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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 करने विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जांच की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA			
2.	TYPE OF TREATMENT - Chemotherapy cycle No. 2			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		
1.	SCFH			



**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 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 it 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 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.

- 1) इस प्रकरण में मेरी सहायता का अर्थ है कि मैं (आवेदक) अपनी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग के लिये "कोशिका" द्वारा मुझे, मेरे परिवार के सदस्यों, मेरे नियोक्ता के द्वारा मुझे और अन्य माध्यमों के द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में मेरी जानकारी के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ तलुके का निशान **दिनेश राम**  
(Father - Dinesh Ram)

**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 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, हस्ताक्षर की ओर से चयन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों के लिये माग की जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अस्वीकार/संकेत हेतु यन्त्र नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संकेत वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही माग किया जायेगा किन्तु न तो 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 के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery उद्देश्य की तारीख 6/8/2023	 (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 हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2
	

08<sup>th</sup> November 2018Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
Delhi is Now NABH Accredited

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon:

Please find below attached expenditure of Chandni:-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> Supported by Koshika Foundation					
Name		Chandni	Address/Phone:	VILL CHERA KHERA THANA ALOLI, BIHAR	
MR NO.		G18/07/0897	Age/Sex	2 YEARS	
Application NO.		D/08/8/0049			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Approx. Cost
1	06/08/2018 & 07/08/2018	Chemotherapy	3000	1	3000
2	6/8/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	6/8/2018	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: sceh@sceh.net Website: www.sceh.net**OTHER CENTRES**

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