

617/04/4939

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : 06818/0051		APPLICATION DATE : 07/08/18		
NAME of APPLICANT : Himanchu		AGE-YEARS : 1 year	SEX : Male	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O PAVITAR ANHARI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : ROAD No. 4, JADERAIPURA, KUDRAPUR, RAMPUR				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : SAME AS ABOVE				
OCCUPATION : CHILD		MARRIED (विपरीत) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : 60,000/-		(Attach Proof of Income) N/A		
PAN No. : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No		
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		हाँ / 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 अर्सेक के साथ सम्बन्ध
1	PAVITAR ANHARI	22	M	Father
2	KANCHAN ANHARI	20	F	Mother
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे इलाज पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)
<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 - ECIA (TUMOUR W/ VIT-G)			
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 तो गई सहायता राशी		
1	SCET			



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 amount 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोविडेंट/व्यवसायीक कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/post-upload/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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रयोग किए जा सकते हैं, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, दान, सहायता हेतु प्रचारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता के अर्थ में प्रयोग किया जा सकता है। मेरे प्रारूप का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने में किसी भी प्रकार "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के प्रचारण से प्रयोग करने के लिये प्रयोग करने का अधिकार कोशिका फाउन्डेशन को प्रदान करने के लिये प्रदान किया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन के न्यायोप को अंतिम और बाध्यकारी माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

पवित्र आधिकारी
(Father - Pavitar Adhikari)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

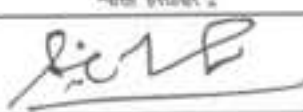
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरना हेतु सिफारिश करने और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस घोषणा के अंतर्गत प्रकृति का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सूचना या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/8/2018	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (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 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 Himanshu:-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> Supported by Koshika Foundation					
Name		Himanshu	Address/Phone:	WARD NO-4, BADEHAI PURA, RUDRA PUR, RAMPUR	
MR NO.		G17/04/4939	Age/Sex	1 YEAR/MALE	
Application NO.		O/08/08/0051			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	8/8/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
2	8/8/2018	Bone Marrow + CSF	463	1	463
3	7/8/2018	Blood Investigations	132	1	132
		Total			1595

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