

G/18/03/4486

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

D/0918/0058

(old)

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/09/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Tahira

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

4 years

female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

D/o MOHD GUDDU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 49/219, E BLOCK, DELHI-51

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

MOHIBAILLHAR, TOWN/VILLAGE
ANCHAL - JAMSHEDPUR, DIST BHARALPUR - 813113

OCCUPATION :

व्यवसाय

CHILD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

36000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. : स्थाई खाता 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 लगायें)

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.	Mohd. Guddu	24	Male	Father
2.	Gulshah	22	Female	Mother
3.	Amir	8	Male	Brother
4.	Munab	2	Male	Brother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेश 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)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुताप/दवाइयों से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA (RIGHT EYE)
2.	TYPE OF TREATMENT - CHEMOTHERAPY CYCLE VII

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 तो गई सहायता राशि
1.	SCHEM	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगी कि, इस सहायता का आर्थिक या भौतिक विनिर्माण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉन, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रमाणित छाप का उपयोग मेरी इलाज के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे लक्ष्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उनके भरोसे का निर्णय लेगी और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

बीबी गुलश 2-1/8
(Mother- Bibi Gulafsha)

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 और से मांग/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इसका पूरा/आंशिक रूप से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्माण प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्माण/अधिकृत/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय माँगा पूरा/आंशिक रूप से किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी चर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सही निर्णयों ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/7/2018

Dr. SIMA DASS
Consultant Oculoplasty
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर 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

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature of Trustee 1)

(Signature of Trustee 2)



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

08th November 2018



Dr. 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 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, SEELAMPUR, DELHI-110053	
MR NO.		G18/03/4486	Age/Sex	4 years/ Female	
Koshika Application No.		D/0918/0058			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	18/09/2018 &19/09/2018	Chemotherapy	3000	1	3000
2	17/09/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	17/09/2018	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