	LICATION F सहायता	FORM FOR ASSISTANCE हेतू आवेदन प्रारूप		hcare) देखभाल)	Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	61	1-1-1	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	3/12/18	foundation Building block of life.		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS 3	गयु-वर्ष SEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S। पिता/कटुम्भ का नाम	NAME:	hate Mysass ha	1 3 year	s temple			
	ngny >	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पर	ना -			
	Than		naga 8	ran-321024			
	So	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पता		Market Barrell		
OCCUPATION :	Chil	d			.900		
त्र्यवसाय OTAL ANNUAL INCOM				MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)		
मुल वार्षिक आय AN No. स्थाई खाता संख	2	9 4000 -		(Attach Proof of In (आय का साक्ष्य सं	come) N/A		
RE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	V /N		CHARLES TO THE THE THE		
ग आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उ	उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नह	ही 110			
Sr. No.	Na	rme of Family Member	ILY DETAILS परिवार				
क्रम संख्या	परि	रेवारू के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ्र लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध		
9.		Vita	32 years	female	Mother and area		
3.	,	riman	7 years	female	Saster		
4'		Ajay wholen hal	6 months	Male	Brother		
5.	90	Monu	65 years 22 years	Male	Grand Little 8		
			0		Unde'		
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick whiche	ver is applicable)			
BPL Card		EWS Certificate		ion Card			
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।	(Atta	och Card och Copy) क्ता कार्ड छाया प्रति संलग्न करे।	Arry Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
Aug .		"PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये	QUESTING ASSISTA गये विनती का उद्देश	NCE: यः			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
3.	Diagnosis - Retinoblastoma (Right ege) Tyle of treatment - Chemotheral (300 cull)						
	0'	0	Terre free on	of (site of			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for SA इस उद्देश्य के हेत कोई अन्य सह	AME "PURPOSE" fro	om OTHER SOURCES			
Sr. No.	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो NAME of OTHER SOURCE				CICTANCE DEING AVAILED		
क्रम संख्या	, amount of A				SISTANCE BEING AVAILED गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 as 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सक
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

(Unde - Monu

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेत् किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति at Oculoplasty **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख e Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक उपयोग हेत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

न्यासी हस्ताक्षर 2





4th January 2019

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Soniya

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries Supported by Koshika Foundation

Name		Soniya	Address/Phone:	Ganv Jhanjhar, The Nagar, Jhanjhar, Bharatpur, Rajasthan- 321024 3 Years/Female	
MR NO.	3.	C18/09/0606	Age/Sex		
Koshikha Application No.		D/1218/0092			
S. No.	Treatment date	Items	Cost pert unit	No. of units	Aprox. Cost
1	3/12/2018 & 4/12/2018	Chemotherapy	3000	1	3000
2	3/12/2018	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
4	2/12/2018	Blood Investigations	132	1	132
	4	Total	1.4		4132

Best Regards

Dr. Sima Das

Consultant

Oculoplasty and Ocular Oncology Services