

G/17/08/5811

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

Old - 3/12/18/0098

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

D/0119/0100

APPLICATION DATE :

07/11/2019

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Abdul Samad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

2 years

SEX लिंग

Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

S/o Ahmad Ali

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sultanpur Khata, Mau Hingia, Allahabad
Uttar Pradesh - 221302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as Above

OCCUPATION :

Child

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

120,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्वयं खाता संख्या

N/A

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

Yes / No

No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न काटें)।

हां / नहीं

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.	Noor Bang	22 years	female	Mother
2.	Ahmed Ali	35 years	Male	Father
3.	Mirada Begum	60 years	female	Grandmother

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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
1.	Diagnosis = Retinoblastoma (Both eyes)
2.	Treatment = Chemotherapy (8th 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 ली गई सहायता राशी
1.	Seh	



DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय गुड वॉरन्ट नं.

- 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 योचन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक या झूठा है तो मेरी महापत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्र दिये "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्र हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समतुल्य विवरण किसी अन्य स्रोत/निधोक्त/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उद्योक्ता द्वारा कबूल)

- 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-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.
- (3) इस तरह का जहाँ इच्छा या जहाँ की इन समझ, मैं (आवेदक) अपने स्वयं को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" के अधिकृत करने हैं कि वे मेरा नाम, पता और विवरण इस तरह से प्रसारित हैं, जो "कोशिका" द्वारा जारी, दान, सहायता प्राप्त उद्देश्य के मुझे प्रतिष्ठित और उपस्थिति में होने किसी भी प्रकार माध्यम के प्रकाश करने में लिए अधिकृत है। यह तरह का विचार हो प्रत्यक्ष में जाने या कर में जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि आधार के उद्देश्यों में प्रयोग में आने के लिए आवश्यक का उपयोग नहीं करना: इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

scrittori di romanzi in lingua italiana.

ਮੂਰ ਵਾਨੋ
(Mother- Noor Bano)

AGREEMENT by HOSPITAL (THREE DE WTR)

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:

- 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 अविद्युत, इन्फ्रारेड की ओर से आनेवाले की "बॉलिका प्रामाण्य" से विविध मापक हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (इन्फ्रारेड) गिन प्रकार से मापन व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/01/2019	DESIGNA DASS Consultant Oculoplasty Registrar Dr. S. K. Choudhary Eye Hospital (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) DGM Dr. S. K. Choudhary Eye Hospital
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तराफ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तराफ 2
	



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

4th February 2019

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Abdul Samad:-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> Supported by Koshika Foundation					
Name		Abdul Samad	Address/Phone:	SULTAN PUR KHAS, MAU AIMA, ALLAHABAD, MAU AIMA, UTTAR PRADESH- 212507	
MR NO.		G17/08/5811	Age/Sex	1 Year/Male	
Koshika Application No.		D/0119/0100			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	7/01/2019 & 8/01/2019	Chemotherapy	1	1	3000
2	7/1/2019	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	7/1/2019	Blood Investigations	132	1	132
4	7/1/2019	Cryotherapy	1000	1	1000
Total					5132

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