

C18/01/0606

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

D149/0102

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

7/1/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Soniya

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

3 years

SEX लिंग

female

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

D/o late Musaii Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gau Jhangha, Teh nagar, Jhangha,
Bharatpur, Rajasthan - 321024

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Child

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

84600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्थायी 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 चिह्न 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 संबंध
1.	Kavita	32	female	Mother
2.	Sameer	7	female	Sister
3.	May	6 months	Male	Brother
4.	K. Musaii Lal	63	Male	Grandfather
5.	Monu	22	Male	Uncle

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - Retinoblastoma (Right eye)
2.	Tx & treatment - Chemotherapy (4th cycle)

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 ली गई सहायता राशि
1.	Stech	



DECLARATION by APPLICANT: ☐ TRUE ☐ FALSE

- 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 पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए 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 सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (3) इस प्रार का उपयोग केवल मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए किया जा सकता है। मैं (अर्हक) यहाँ पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रार में शामिल हैं, जो "कोशिका" द्वारा यात्रा, चिकित्सा, शैक्षणिक, सामाजिक, धार्मिक, सांस्कृतिक, खेल आदि उद्देश्यों के लिए गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रार का उपयोग मेरे इलाके में रहने या काम करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए है। मुझे ज्ञात: कौशल का उपयोग नहीं करना। इस समझ में "कोशिका" द्वारा प्राप्त व्यक्तियों का निम्न लिखित और सम्बन्धी होगा:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

understand the concept of a *group* in the sense of

मोनु (Uncle - Monu)

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO WORK)

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:

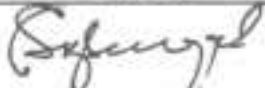
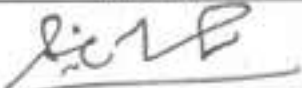
- 1) That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इहाँ अधिकतर, इलाखी की ओर से धारण-रोटी की "भोलिका" काटने-टहन से बिलिप बहकल होत बिपरीत की काली है, जिले इय (इमराल) निम्न प्रकार से धान व सब्जीकार करात है।

1. यह कि न तो सर्वोपलब्ध और न ही अधिकतम में विहित सहायता किसी नैसर्गिक संस्थान या किसी अन्य संकेत से उच्च होती/भारत में होने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फायरिंग" से नियंत्रित/विहित उच्च के अभाव में "कोशिका फायरिंग" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोशिका फायरिंग" द्वारा सहायता विहित अधिकतम/उच्चता हो अनुभव नहीं किया जाता है तो अभावता किसी अन्य नैसर्गिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अभावता द्वितीय गहरा उच्च होती/भारत में हो किसी नैसर्गिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फायरिंग" से तो यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या इसलिए द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का मुख्य होती एवं इसलिए से बीच का विषय है और "कोशिका फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इसलिए में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और अन्य चर्चे की नहीं नियंत्रित होती एवं इसलिए की होती और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या नियंत्रित हो सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सूचीकाली के लिए संस्मृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2019	Dr. SINGA DRAKE Consultant of Oculoplasty Regd. No. 110002 Dr. SINGA's Charity Eye Hospital Dr. P. Singh-110002	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory DGM-Maharaja of Hospital Dr. SINGA's Charity Eye Hospital
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
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

4th February 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 <u>Retinoblastoma Surgeries</u> Supported by Koshika Foundation					
Name		Soniya	Address/Phone:	Ganv Jhanjhar, The Nagar, Jhanjhar, Bharatpur, Rajasthan- 321024	
MR NO.		C18/09/0606	Age/Sex	4 Years/Female	
Koshika Application No.		D/0119/0102			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	7/1/2019 & 8/1/2019	Chemotherapy	3000	1	3000
2	7/1/2019	Examination Under Anesthesia (EUA)	1000	1	1000
3	7/1/2019	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