

G/18/04/3358

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D/019/0103

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 7/01/2019

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : KOMAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 2 YEARS

SEX लिंग : FEMALE

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : D/o VIKAS


 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

VIKAS C/O MOHAN LAL CHAPMAN KAURDURF

TIGRI, GAUR CITY ROAD, CHAPMAN GAUTAM BUDHA

NAGAR, U.P. 201001

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

SAME AS ABOVE

OCCUPATION : व्यवसाय : CHILD

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 72000/-

(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 से साथ सम्बंध
1.	Vikas	34	Male	Father
2.	Shikha	27	Female	Mother
3.	Mohit Sharma	6	Male	Brother

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैका के साथ 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 विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RETINOBLASTOMA (3 rd eye)
2.	TREATMENT - CHEMOTHERAPY (8 th cycle)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि
1.	State	

DECLARATION by APPLICANT: **अर्शदक द्दश भोवण 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 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर काता 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 सकेगी।
- 2) मैं यहाँ पर काता हूँ कि "केशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर काता हूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया जा सके और न ही भविष्य में लेना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का कर्तव्य)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस उपर का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस उपर में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता के द्वाये उद्देश्य से मुझी प्रतिबंधित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। वे इस का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या कर मे कर के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपर्यायही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अभिषेक से वापस आते ही अर्पिता ने कहा-

Vikas (father - Vikas)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

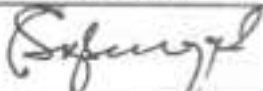
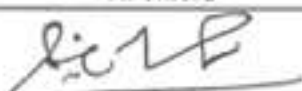
इससे अतिरिक्त, हमारा भी जो जो से सम्बन्धित है वो "सोशल मीडिया" से मिलियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसफर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो अधिकार और न ही अधिकार में विविध समानता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च श्रेणी/प्राप्ति में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोलिका काउन्सिल" में विपरीत/विपरीत उच्च के सम्बंध में "कोलिका काउन्सिल" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका काउन्सिल" द्वारा समानता विधि अधिकार/कक्षा हेतु मरद/पुत्री किच जहाँ है तो असमानता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समानता से समानता लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमानता द्वितीय मरद उच्च श्रेणी/प्राप्ति हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ली गई सामग्री केवल विज्ञान प्रवृत्ति की है। ऐसी या सम्बन्धित इस चीज सत्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुझाव ऐसी एवं सम्बन्धित से कोश का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किये प्रकाश का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए सम्बन्धित में ऐसी का इस्तेमाल सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्बन्धित की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसीबदली के लिए संस्थाति

Date of Surgery 7/01/2019	Dr. SIMA DAS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताखर व रजि. नं.	Shantannu Das Gupta (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) DGN-M, Kalyan Eye Hospital डॉ. शन्तनु दास गुप्ता अधिकृत अधिकारी Kalyan Eye Hospital
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताखर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताखर 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 Komal:-

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> Supported by Koshika Foundation					
Name		Komal	Address/Phone:	Chpyan Kaurd Tigri Gaur City Road, Chipyan Gautam Buddha Nagar, Uttar Pradesh-201009	
MR NO.		G18/04/3358	Age/Sex	2 Years/Female	
Koshika Application No.		D/0119/0103			
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
		Total			4000

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