



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

4th October 2019

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Ayush

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma Surgeries Supported by Koshika Foundation					
Name		Ayush	Address	Gram Malhapur, Post Fiaznagar, Tehsil Faridpur, District Bareilly, Uttar Pradesh-243503	
MR NO.		DEL.G.19.07.3423	Age, Sex	2 Years, Male	
Koshika Application No.		D.0919.0040			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	2019.09.09	Blood Investigations	132	1	132
2	2019.09.09	Examination Under Anesthesia	1000	1	1000
3	2019.09.09, 2019.09.10	Chemotherapy	3000	1	3000
4	2019.09.09	Periocular Topotecan, Injection	4150	1	4150
5	2019.09.09	T.T.T Laser	945	1	945
6	2019.09.10	Injection Neukine	300	1	300
Total					9527

Best Regards

Dr. Sima Das

Consultant Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528816

E-mail : scejh@scejh.net, Website : www.scejh.net

OTHER CENTRES

GURGAON • ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)

DEL-G.19.07.3423

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन संख्या: 8.0819.0032				(Healthcare)	
APPLICATION No.: 8.0719.0040				APPLICATION DATE: 2019-09-10	
NAME of APPLICANT: Ayush				AGE-YEARS: 2 years	SEX: Male
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Amit Kumar					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Gyan Mahal, Post Jhapra, Tehsil Jhapra, District Sahibganj, Bihar Pradesh, 843503					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above					
OCCUPATION: Child, father, labor				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 84000				(Attach Proof of Income) N/A	
PAN No. N/A					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No	
No				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 सम्बंध	
1.	Pinky	22	Female	Mother	
2.	Amit Kumar	33	Male	Father	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis: Renal Cell Carcinoma				
2.	Type of Treatment: Chemotherapy Cycle No. 7th				
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 ही गई सहायता राशि	
1.	Sach				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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, if any, 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 घोषणा करता 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 सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायता/चुनने उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संचरण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न 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 चुने स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

सिंकी Mother. Pinky

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसका ऐसी/व्यापक में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनंति उसका के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनंति आंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंजूर उस ऐसी/व्यापक हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुपिका या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर की लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2019.09.10

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका नं. एवं छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2