



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914.



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

4th January 2020

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Tahira:-

| Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <i>Retinoblastoma Surgeries</i> Supported by Koshika Foundation | | | | | |
|---|-------------------|------------------------------|---------------|---|-------------|
| Name | | Tahira | Address | Mohibalichak, Town/Village- Anchal, Block Jagdishpur, District Bhagalpur, Bihar, 813113 | |
| MR NO. | | DEL.G.19.07.1388 | Age, Sex | 4 years, Female | |
| Koshika Application No. | | D.1219.0067 | | | |
| S. No. | Treatment date | Items | Cost per unit | No. of units | Aprox. Cost |
| 1 | 2019.12.02 | Blood Investigations | 132 | 1 | 132 |
| 2 | 2019.12.02 | Examination Under Anesthesia | 1000 | 1 | 1000 |
| | | Total | | | 1132 |

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 : 011-43528818

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

OTHER CENTRES

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

DEL. G. 19.07.1388

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | सहायता हेतु आवेदन प्रारूप Old. 2.10.19.0047 | |  Building block of life. | |
|--|---|--|---|--|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D. 1219-0067 | | APPLICATION DATE : 2019.12.02 आवेदन तिथि | | | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Tahisa | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 4 years | SEX लिंग female | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम Mohd Shamsbad | | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Mahabaleshwar town village Anchal Block Jagdishpur District Bhagalpur, Bihar, 813113 | | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above. | | | | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय Child. father. habo8 | | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 36000 N.A | | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N.A | | |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या N.A | | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध | |
| 1. | Mohd. Gudu | 24 | Male | Father | |
| 2. | Gulafsha | 22 | Female | Mother | |
| 3. | Amir | 2 | Male | Brother | |
| 4. | Mehzeb | 2 | Male | Brother | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार | | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती 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. | Type of treatment: Examination Under Anesthesia | | | | |
| 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 राशि | | | |
| 1. | Sch | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान संस्था 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 सत्य कथन अथवा सच बात है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीयों, दान, चर्चा/वास्तु में उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रसारित करने के लिए "कोशिका" द्वारा न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इलाज या अंगूठे का निशान

बीबी गुलाफा

Mother: Bibi Gulafsha

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)

- 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 अधिकृत, इलाज की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का लक्ष्य है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विषयी अधिकांश/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा न तो उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्था से सहायता लेने का लक्ष्य है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना होगा/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 सुचारु और जल्द जाने की सारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>2019-12-02</p> | <p><i>Dr. Smita Kishor</i> Gynaecologist</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजक व एडि. नं.</p> | <p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाजक 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाजक 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p> | <p><i>[Signature]</i></p> |