



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

5th March 2020

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Dear Mr. Tandon

Please find below attached expenditure of Deepanshu -

Estimated Cost Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Retinoblastoma treatment Supported by Koshika Foundation					
Name		Deepanshu	Address	Nadai Purwa, Bamdera, Gonda, Colonelganj, Uttar Pradesh, 271125	
MR NO.		DEL.G.19.09.4685	Age, Sex	2 Years, Male	
Koshika Application No.		D.0220.0087			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	2020.02.10	Blood Investigations	132	1	132
2	2020.02.10	Examination Under Anesthesia	1000	1	1000
3	2020.02.10 & 2020.02.11	Chemotherapy	3000	1	3000
4	2020.02.11	Injection Neukine	300	1	300
Total					4432

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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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

DEL.G. 19.09.4685

Koshika
foundation
Building block of life.



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		old. D.0220.0080		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	D.0220.0087	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	2020 02.10	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Deepanshu	AGE-YEARS आयु-वर्ष	2 years	
		SEX लिंग	Male	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME- पिता/पत्नी का नाम	Nand Kumar Yadav			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
Nadai Purwa, Kamdega, Gonda, Munseelgany, Uttar Pradesh, 271125				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय	child - father - farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹2000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
	N/A	N/A		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राजा हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी 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 सम्बन्ध
1	Nand Kumar Yadav	28	Male	Father
2	Sadhna	28	Female	Mother
3	Chandni	5	Female	Sister
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य 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: Retinoblastoma, Both eyes			
2	Type of treatment: Chemotherapy, cycle no. 5			
	Chemotherapy cycle no. 5			
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: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न 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।
- मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही क रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने प्राप्त करने पर प्रार्थना की गई है, इस प्रति का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 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 on 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.
- इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, धर्म, व्यवसाय/व्यवसाय उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यायी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आचार्यों का निर्णय अंतिम और माध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निर्यात

Sadhna

Mother: *Sadhna*

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:
- 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 its 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और मे मध्यस्थ/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- जब कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगने में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के साथ ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/मांगने हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही नई सहायता या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों को ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
20.02.20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. SIVA DAS
Consultant Oculoplasty
Regd. No. 10001
Dr. Vinod's Charity Eye Hospital
New Delhi-110002

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
Sadhna