



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

6th March 2020

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 treatment Supported by Koshika Foundation					
Name		Ayush		Address	Gram Maihapur, Post Fiaznagar, Tehsil Faridpur, District Bareilly, Uttar Pradesh, 243503
MR NO.		DEL.G.19.07.2352		Age, Sex	3 Years, Male
Koshika Application No.		D.0220.0090			
S. No.	Treatment date	Items	Cost per unit	No. of units	Aprox. Cost
1	2020.02.24	Blood Investigations	132	1	132
2	2020.02.24	Examination Under Anesthesia	1000	1	1000
3	2020.02.24 & 2020.02.25	Chemotherapy	3000	1	3000
4	2020.02.24	T.T.T Laser	945	1	945
5	2020.02.25	Injection Neukine	300	1	300
6	2020.02.26	Periocular Topptecan, Injection	4150	1	4150
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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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

DEL.G. 19.07.2352

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप Old. D. 0120.0077		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D.0220.0090	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 2020.02.29			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ayush	AGE-YEARS आयु-वर्ष 3 years			SEX लिंग Male
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Amit Kumar	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Guram Malhabus, East, Faiznagar, Tehsil Faridpur, District Bareilly, Uttar Pradesh, 243503			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Child. father. labor	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 84000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N.A			
PAN No. स्थाई छत्ता संख्या N.A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रमाण हो उस पर सही का चिह्न लगावे)।		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 सम्बंध
1.	Anky	23	female	Mother
2.	Amit Kumar	24	Male	father
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य <input checked="" type="checkbox"/>	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित 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. 1 to + T. F. basek + 0 Pericocular Topotecan injection			
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.	Steh			

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं स्थान अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं ठोठ से महात्मता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से होने का यकीन है, उसका उपयोग ठोठ उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रबंधन की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्गों, दान, प्रचार/प्रकाश द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के प्रमाण या कथन में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भ्रातृवर्गों को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निष्पत्त

(Handwritten signature)

Mother. Pinky

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामला/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 और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंती उक्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्तक्षेप सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
2020.02.24

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

Dr. SIMA DASS
Consultant Oculoplasty
Regd. No. 0001
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
New Delhi-110002

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भ्रातृवर्ग 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भ्रातृवर्ग 2 हस्ताक्षर

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)