

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा 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, 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानको 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न मदद ली है और न ही भविष्य में लूंगा।

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/post-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण भविष्य में इच्छा के बिना या कानून के तहत मेरे कानून के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इन्कार नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

(Mother)

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 go 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 को जोड़ कर मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जतना 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 सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालते में ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आसक्ति/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मालते हेतु किसी भी हस्तक्षर संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो गई सलाह या किये गये उपचार/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 इच्छा सुरक्षा और करने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Head of Department
Oncoplasty and Ocular Oncology,
Rajiv Gandhi Eye Hospital

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Noida-Gurgaon Road,
Daryaganj, New Delhi-110002

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/05/24

Dr. CHITRA GUPTA

DMC & Regn. No. 0745

Fellow, Oculoplasty & Ocular Oncology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Handwritten Signature)



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

1st May, 2024



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Amaan Amaan-E/0524/0031

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name	Mast. Amaan	Address/ Phone:	Thakur Dwara, District Moradabad, Uttar pradesh		
MR N	DEL-G-21-04-0850	Age/Sex	3 years	Male	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.05.27	EUA	2000	1	2000
2	2024.05.27	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

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)

APPLIC
नाम
NAME
आरोग्य
FATHER
पिता/पिता

OCCL
वर्ग
TOTAL
रु
PAN
आर
आर