

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करत:

- 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 आवेदन में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकृत एवं कथित अथवा गलत जानकारी दी गयी है तो मेरी आवेदन निरस्त की जा सकती है।
 (2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए धन, उसका उपयोग केवल "उद्देश्य" को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में उल्लेखित है।
 (3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं से भी न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से इस धन का वापस लेना या सुरक्षा के लिए दावा करने का कोई भी अधिकार प्राप्त किया है और न ही भविष्य में प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अग्रेष्ठ संकेतित की गई जानकारी को पूर्णतया सत्य एवं सही मानता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "उद्देश्य" के लिए, पत्र, प्रकाशित पत्रों, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से सुदूर जातिबंधियों और रिश्तेदारों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रकार का प्रचारण मेरे इलाके को छोड़ने पर भी जारी रह सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "उद्देश्य" के लिए, पत्र, प्रकाशित पत्रों, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से सुदूर जातिबंधियों और रिश्तेदारों के लिए प्रचारित करने का उपयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त जानकारी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Riteek Kumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करत)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- समस्त घोषित, हस्ताक्षर की और से हमारे पास की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या उक्त रोगी के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उल्लेखित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उल्लेखित सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा में स्पष्ट उल्लेख है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों में ही सीमित रहेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृतियों में ही सीमित रहेगी। रोगी के इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर की बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सहायता से रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि</p> <p>1/1/24 29/1/24</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. CHITAVI GUPTA (Name of Dr. & Hospital Stamp)</p> <p>हस्ताक्षर के साथ हस्ताक्षर के साथ</p>	<p>Dr. SIMA Head of Department Dermatology and Venereology</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>



31st January 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Durgesh-E/0124/0060



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

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

Name		Durgesh	Address/ Phone:	Village Khamriya, Khanjan Nagar, District: Kheri, Uttar Pradesh-262127	
MR N		MOM-G-21-01-0426	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	01/01/24 29/01/24	Examination under Anaesthesia	2000	2	4000
		Total			4000

Best Regards

Dr. SIMA DAS
Head of Department
Oculoplasty and Ocular Oncology
Regd. No. 01191
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
5027, Kedar Nath Road,
Daryaganj, New Delhi-110002

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 : 011-43528818

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

OTHER CENTRES

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