

NA

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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण इस प्रकार असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूरे या प्रत्येक को नहीं लूँगा, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो किसी भी और वही सहायता से नहीं लूँगा।

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 its Trustees to use/publish/post-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.
- 2) (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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, सचित्र या दूसरे माध्यम से किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे हस्ताक्षर के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका" द्वारा उपयोग किया जा सकता है और मैं इससे सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

श्रीमती (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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता से सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम या हमारे और वही सहायता से वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत से नहीं लेंगे, जो हमें सहायता से प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता/सिफारिश/सहायता से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमें सहायता से किसी अन्य स्रोत/बीमा या किसी अन्य सहायता से सहायता से या अधिकतर सहायता लेंगे। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता/सिफारिश के माध्यम से किसी अन्य सहायता से नहीं लेंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/सिफारिश/सिफारिश की जाती है, वह केवल वित्तिय सहायता के माध्यम से प्राप्त करने के लिए है। हस्पताल द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए सहायता की जाती है। "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/6/24	Dr. CHAND GUPTA (Name of Doctor/Reason Not with Stamp) हस्ताक्षर/कारण के बिना स्टैम्प के साथ	(Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह मेरे नाम हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
[Signature]	[Signature]



27 June 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of: Isisur- E/6240000

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

Name		Isisur	Address	172, Panchsheel Park, Delhi-110028	
			Phone:	Sector 14E, Narela	
MR No.		DEL-G-23-04-1259	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment Date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024 06 27	Intra-arterial chemotherapy	90000	1	90000
2	2024 06 27	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
		Total			92000

Best Regards

Dr. Sima Dey

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

50/27, Kedar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph:- 011-4352 4444, 4352 8888, Fax : 011-43528815

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

OTHER CENTRES

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