

सौ गुरु महाराज ध्याये

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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 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 kind for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्प अथवा सच नहीं है, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में चरित किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या वर्तमान में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड, के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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-up/produce 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अर्पक समिति और इसके भरोसे "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि भविष्य में, पत्र, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से प्रसारण के लिए उपयोग किया जा सकेगा। इस उपयोग के माध्यम से मुझे भविष्य में भेंट प्राप्त होगी और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकेगा।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा यादृच्छिक रूप से प्रसारण के लिए उपयोग किया जा सकेगा। इस उपयोग के माध्यम से मुझे भविष्य में भेंट प्राप्त होगी और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
(अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप)

Anandita (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.

- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ के अंतर्गत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से माना व स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त करेंगे, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमारा अधिकार है कि हम अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त करें।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सलाह या किन्हीं अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य चीजों को सही विधि से रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का दायित्व नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
(स्वीकृति के लिए संस्तुति)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/6/24	<i>(Signature)</i> DR. CHHAVI GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पंजीकरण संख्या के साथ मुहर	<i>(Signature)</i> DR. CHHAVI GUPTA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
---	---



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922.



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

30th June, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Atharv giri- E/0624/0072

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Atharv giri		Address/ Phone:	New colony Danapur cantt, Patna, Bihar-801503	
MR N	DEL-P-24-02-2078		Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.06.19	Examination under anesthesia	2000	1	2000
2	2024.06.19	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)