

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक यह घोषणा करे: 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 प्रार्थन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी 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 फाउंडेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उम्मीद वाले उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रार्थन में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में 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/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 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) 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

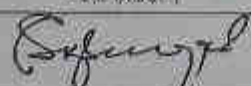
1) इस प्रार्थन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रार्थन में दिये हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपक्ष, धन, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थन का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोपक्ष अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित हैं मुझे स्वतः सहायता का प्रदायक नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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, हस्ताक्षर करने और या प्रत्यक्ष/गोपनी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 से उठा ली जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उठा लेगी/मांगे हेतु किसी और सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं लेगी/मांगेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के रूप में वितरित प्रकृति की है। हमें पर हस्पताल द्वारा जो राशि प्रदान की जायेगी उसका उपयोग केवल चिकित्सा के लिये ही किया जायेगा और न ही अन्य उद्देश्य के लिये। इससे हस्पताल में योगी को इलाज शुरू और आने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ योगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/8/24	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant Oculoplasty & Ophthalmology Rajdham Hospital Dr. Shweta Chakraborty
Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ophthalmology Rajdham Hospital on behalf of Rajdham Hospital	आन्तरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2 

31st August, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Uvaish- E/0824/0130

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name:		Mast. Uvaish	Address/ Phone:	Bagaha Ward-12 Bagaha Sitamarhi Bihar-843332	
MR N		DEL-C-24-08-2022	Age/Sex	4 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024.08.26	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024.08.27	MRI	6500	1	6500
3	2024.08.31	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			11000

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)