

IV.

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक: इस व्यक्ति का)

- 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 void for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source or employer/insurance company, of any or all of the assistance requested.

- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने इस फॉर्म में जो सभी विवरण जोड़े हैं, वे सच हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया होगा, तो मेरी आवेदन, जिससे मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, खारिज/रद्द हो जाएगा।
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस आवेदन में उल्लेख किया गया है।
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने भविष्य में भी सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (इस व्यक्ति का सहमत)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree to authorize Koshika Foundation and its Trustees to use such information for 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 for any other purpose, for which assistance is being requested. 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.
- 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.

- इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (अर्थक: इस व्यक्ति का) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकार दे रहा हूँ। मैं सहमत हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जा सकेगा, जो इस आवेदन में उल्लेख किया गया है। मेरी जानकारी का उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं किया जा सकेगा।
- मैं (अर्थक: इस व्यक्ति का) यह भी सहमत हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकार दे रहा हूँ। मैं सहमत हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जा सकेगा, जो इस आवेदन में उल्लेख किया गया है। मेरी जानकारी का उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं किया जा सकेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक: इस व्यक्ति का हस्ताक्षर या मुद्रा

Shabnam (Mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाटल का सहमत)

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:

- 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.
- 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.

- हम यहाँ पर यह कह रहे हैं कि हम इस मामले/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम यह स्वीकार करते हैं कि यदि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकार दे रहे हैं।
- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हस्पाटल के बीच के समझौते पर आधारित है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। हस्पाटल इस बात की पूर्ण ज़िम्मेदारी लेगा कि रोगी का उपचार सुरक्षित और प्रभावी रहे।

- "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हस्पाटल के बीच के समझौते पर आधारित है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। हस्पाटल इस बात की पूर्ण ज़िम्मेदारी लेगा कि रोगी का उपचार सुरक्षित और प्रभावी रहे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

3/8/24

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services

(Name of Hospital with Stamp)
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
Rugby, India
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यक्ति संख्या 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यक्ति संख्या 2

Signature



27/08/2024

Dear Mr. Tandon

Coverings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Subhava- 1/08/24/0148

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Rehabilitation Services					
Name	Baby. Subhava		Address	Azad enclave, Pooja colony, Loni, Uttar Pradesh- 201102	
Phone			Age	3 years	Female
MRN	NEL-G-19-10-3703		Age	3 years	Female
S. No.	Treatment date	Item	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2024.08.08	HL/A(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

Respectfully

Dr. Sima Dey

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kedar Nath Road (Jaryaganj), New Delhi-110002 India

Phn:- 011-4352-4444, 4352-8888, Fax : 011-43526816

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

OTHER CENTRES

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