

NA

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें।
Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge.
- 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.
- 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.

- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में मैंने गलत जानकारी को अनुमान मान रहा नहीं है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी मदद करेगा जो मुझे मेरे लिए किताबें, जो इस प्रकरण में मांगी गई हैं।
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह राशि नहीं ले, जो मेरी का आर्थिक या सकारात्मक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो 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/post-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 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.

- इस करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहपति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस करार में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्पुलरी, प्रिंट, पाब्लिशिंग, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों द्वारा इकट्ठा करने से मुझे योगदानों को प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकते हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को चलाने या मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व मेरी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने से प्रभावित है मुझे नहीं; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पुलरी अपने ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अमिता

(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:

- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु रिकॉमंडेशन को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिए मांगी गई है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/प्रक्रिया प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय भरण उठा लेगी/मानेगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय भरण उठा लेगी/मानेगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इलाज या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जाने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/3/24

Dr. J. H. GUPTA
DMCC/8/100745

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर या छाप, न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

31st March, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Abhi kumar- E/0324/0166



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

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

Name		Abhi kumar	Address/ Phone:	Village Sirsi, Gaharwar, District Mirzapur, Uttar Pradesh-231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-21	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2024-03-21	Chemotherapy	2500	1	2500
3	2024-03-27	Genetic Test	20000	1	20000
4	2024-03-30	EBRT	80000	1	80000
		Total			104500

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)