

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

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 treatment/therapy, in part or in full, from any other organization/physician/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही (सत्य) हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाय तो मेरे आवेदन (अप्लीकेशन) को भी अस्वीकार (रिजेक्ट) किया जा सकता है।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी किसी भी प्रकार से, अपना इलाज (ट्रीटमेंट) या चिकित्सा (थेरेपी) के लिए किसी भी अन्य संगठन (ऑर्गेनाइजेशन) या डॉक्टर (डॉक्टर) से मदद (हेल्प) नहीं माँगी है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, अपना इलाज (ट्रीटमेंट) या चिकित्सा (थेरेपी) के लिए किसी भी अन्य संगठन (ऑर्गेनाइजेशन) या डॉक्टर (डॉक्टर) से मदद (हेल्प) नहीं माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use but not to 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 it's 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "उद्देश्य" के लिए माँगी गई मदद (हेल्प) के लिए अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण (डिटैल्स) का उपयोग (यूज) करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों (ट्रस्टी) को अधिकार (ऑथोरिटी) दे दिया है।

2) मैं (आवेदक) और भी सहमत (अग्री) करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण (डिटैल्स) का उपयोग (यूज) करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकार (ऑथोरिटी) दे दिया जा रहा है।

3) मैं (आवेदक) और भी सहमत (अग्री) करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण (डिटैल्स) का उपयोग (यूज) करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकार (ऑथोरिटी) दे दिया जा रहा है।

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

मुजुगी

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for (examining the 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमें यहाँ घोषणा (अग्री) करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य संगठन (ऑर्गेनाइजेशन) या डॉक्टर (डॉक्टर) से मदद (हेल्प) नहीं माँगी है।

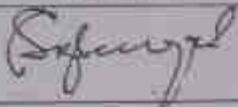
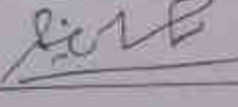
1) हम (हॉस्पिटल) और भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य संगठन (ऑर्गेनाइजेशन) या डॉक्टर (डॉक्टर) से मदद (हेल्प) नहीं माँगी है।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त (रिसेव) की गई मदद (हेल्प) केवल (ऑनली) वित्तीय (फिनेंसियल) प्रकृति (नैचर) की है। रोगी (पैशेंट) का इलाज (ट्रीटमेंट) या चिकित्सा (थेरेपी) का चुनाव (चॉइस) रोगी (पैशेंट) और हॉस्पिटल (हॉस्पिटल) के बीच (बीटवीन) की गई है। इसलिए (हेन्स) हॉस्पिटल (हॉस्पिटल) को रोगी (पैशेंट) का इलाज (ट्रीटमेंट) या चिकित्सा (थेरेपी) के लिए (फॉर) पूर्ण (फुल) ज़िम्मेदारी (रिस्पॉन्सिबिलिटी) लेनी (टैक) होगी और "कॉशिका फाउंडेशन" को (फॉर) कोई भी भूमिका (रोल) या ज़िम्मेदारी (रिस्पॉन्सिबिलिटी) नहीं (नॉ) होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंशुकरण की तारीख 20/9/24	 Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Cataract and Refractive Ophthalmology Services (Stamp of Hospital) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	 Dr. SHIV BHAS Director, Medical Education Department (Stamp of Hospital) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा किया गया)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 -व्यक्ति (नाम) 1-	SIGNATURE of TRUSTEE 2 -व्यक्ति (नाम) 2-
	



30th September, 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mast Mahir- E/0924/0167

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mast Mahir	Address/ Phone:	Saina simbhaoli, Hapur, Uttar pradesh- 245207	
MR N		DEL-P-24-03- 6565	Age/Sex	1 year	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	20/09/2024	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

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 8988, Fax : 011-43528818

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

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET