



# DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
  - 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानों के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रतीत होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता रखा है।  
3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी प्रकार से न तो वर्तमान में, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रकम है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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.
  - 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ साक्ष्य, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भर्त है, उसे "कोशिका" संघ द्वारा, दूर, वाक्य/प्रकाश द्वारा प्रसारण में पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत है। मैं इसका विवरण में प्रकाश के करने का मत है करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामों अधिकृत है।  
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" संघ उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान

ब्रज कुमार

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मानते/मानने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।  
1) वह कि न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता माध्यम से किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए प्राप्त की जा रही है, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त कर किसी अन्य सहायता से सहायता प्राप्त का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेता/लेती।  
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या बिना गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोगी नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और जाने जाने की सभी विमोक्षी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. CHITAN DIXIT DMCC/Radiation (Name of Dr. & Designation & Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पद, नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1914...

31<sup>st</sup> March, 2024



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

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Preet- E/0324/0171

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Preet	Address/ Phone:	H no. 67, Raipur bahar, Gautam Buddha Nagar, Uttar Pradesh - 201310	
MR N		DEL-G-24-01-5789	Age/Sex	6 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-03-23	Examination under Anesthesia	2000	1	2000
2	2024-03-24	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services