

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ensuing assistance, if any, 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 amount for which this assistance is requested.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही और सत्य हैं। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदनपत्र और अग्रेषण सहायता, यदि कोई हो, को खारिज करने/रद्द करने के लिए कारण बन सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद प्राप्त करूँगा, उसे केवल उसी "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस आवेदनपत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस मदद के लिए कोई भी भुगतान या प्रतिपूर्ति नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/submit 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 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.

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 पर मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाऊँगा, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मैं के विवरण इस प्रश्न में घोषित की, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, चित्रादि का उपयोग के माध्यम से (शुद्ध, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक) से जुड़े दानों के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्रादि और मेरे उद्देश्य के विवरण का उपयोग मेरे उपचार से संबंधित है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(अर्शक का हस्ताक्षर या बाएँ थंब का निशान)

Smita Bandyopadhyay (mother)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept to follow:

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.

हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद मिल रही है। यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को अन्य स्रोत से भरना पड़ेगा। यह घोषणा करने का मतलब है कि हम कोशिका फाउंडेशन से मदद के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई मदद के लिए है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें अपने उपचार/उपचार का चुनाव करने पर कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। हमारे रोगी/रोगी के उपचार का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच होगा। इसलिए हमें कोशिका फाउंडेशन से मदद के लिए अनुरोध करने का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। हमारे रोगी/रोगी के उपचार का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(अर्शक को स्वीकार करने के लिए अनुमति)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/9/24	Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Ophthalmology and Ocular Oncology Services Regd. No. 100745 (N.D. Sharma's Charity Eye Hospital) हस्ताक्षर का नाम व इस्तेमाल के लिए नं.	Dr. SIMA DAS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department (Name, Designation & Address of Authorized Signatory) Dr. Sima Das चुने गए डॉक्टर/हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु):

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक भरोसेमंद <i>Sufyan</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीयक भरोसेमंद <i>Dr. R. K.</i>
--	---

30th September 2024

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Bhavya Pandey- E/0924/0185

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Bhavya Pandey	Address/ Phone:	Village Jewan, Powayan, Uttar Pradesh- 242401	
MR.N.		MOM-G-21-08-1169	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	04/09/2024	Examination under Anesthesia	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 8888, Fax: 011-43528816

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

OTHER CENTRES

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