

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE लोगू गई सहायता राशी
	N/A	

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, 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जा रहा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उम्मेदवार को प्राप्त हो लिये बिना किसी, जो इस प्रस्ताव में भरा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यह सहायता हेतु वह व्यक्ति को नहीं है, इस व्यक्ति का अधिकार प्राप्त किया किसी अन्य डॉक्टर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/print/output/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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, सहायता प्राप्त करने वाले या अन्य तरीकों से जहाँ जहाँ आवश्यक हो लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का विवरण जो इसका उद्देश्य या कार्य में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के किसी भी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्ध करने के उद्देश्य है मुझे प्राप्त सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

पूजा

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- या कि न तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में आए या से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी डॉक्टर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी/रोगी के मामले में सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय प्रदान करने/प्रदान करने हेतु किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/होगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा प्रदान की गई सहायता या किसी अन्य डॉक्टर/एम्प्लॉयर का चुनाव रोगी एवं हमारा डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा डॉक्टर को इसका पूर्ण और पूर्ण जवाबदेही रोगी एवं हमारा डॉक्टर को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Eye Hospital

नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur

Signature



30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Raghav Kumar. E/1124/0261

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Raghav Kumar	Address/ Phone:	Village Bhansta Kalan, Shahjoharpur, Uttar Pradesh - 242001	
MR N		DEL-G-24-09-5504	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	07/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	07/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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) • MODI NAGAR • RANIKHET