

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE सी आई-सहायता राशि
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT आवेदन करने वाला यह

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 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रकार मैं ऐसे सभी विवरण को जानकारी के अनुसार सच रूप में बता रहा हूँ। यदि कोई क्लेम इस सम्बन्ध में आता है तो उसे प्राप्त करने की जरूरत होगी।

2) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकार में सच रूप में है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सम्बन्ध में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता प्राप्त कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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/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 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 is final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगियों को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम, एन, एचएचएफ द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण से प्राप्त की गई छाप या फोटो के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रचारित नहीं किया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनएम, एनएम, एचएचएफ का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

Dr. Shroff (Father)

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:

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझौते/पत्र को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेषकर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या बिना किसी भी उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज चुनना और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भुवि का या वित्तीय/वित्तीय इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroff's Character 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 of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. Shroff

Dr. Shroff

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Dipti Dipti- E/1224/0275



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Dipti Dipti	Address/ Phone:	H. no. B-534, Jahangirpuri, Delhi, 110033	
MR N		DEL-G-23-01-2026	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-12	EUA (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 • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET