

સૌ ગાં મહાબલ સગી

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 amount for which this assistance is requested.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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".
 - 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 करार या अपनी हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुरि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस डक में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" एम्प का नाम, पता, फोटो और विवरण द्वारा उद्देश्य में पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवरण किन्हीं को इस प्रकार से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य व्यक्ति को इस प्रकार से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका फाउंडेशन में प्रसारित है मुझे उसके आधार पर इलाज की कृपा। इस करार से "कोशिका" एम्प उसकी गतिविधियों का विवरण और कामकाज को प्रकाशित करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Noushad (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:
- 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.

इससे अधिकृत, हमारी ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो कोशिका और न ही किसी भी वित्तीय सहायता किन्हीं पर सहायता स्वीकार या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किन्हीं/अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किन्हीं अन्य या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी मदद/सहायता हेतु किन्हीं पर सहायता स्वीकार या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा या कोई सहायता या किन्हीं सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने को सभी निषेधकारी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भ्रूषण या विमर्श/विरोध इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/24	Dr. CHHAVI GUPTA A-Junct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services Regd. No. 10084 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital	Dr. SHADOKS Director Oculoplasty and Ocular oncology services Director, Medical Education Department Regd. No. 00281 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामी हस्ताक्षर 1) Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामी हस्ताक्षर 2) Safar
---	---

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Sabrin Khatoon- E/1224/0278

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Sabrin Khatoon	Address/ Phone:	Village Mauza post District Jammu Vihar - 811305	
MR N		DEL-G-19-07-3416	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-19	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