

Sc. No. _____
Date _____

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर:-)

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी महाभारत निम्न की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस फॉर्म में उल्लेख किया गया, के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में सत्य एवं सही है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस महाभारत हेतु या इसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/republish 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.

- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम से उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण सही जानकारी के साथ सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी महाभारत निम्न की जा सकती है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाभारत के उद्देश्यों में उल्लेख है मुझे स्वतः महाभारत का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

(आवेदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान)

Alam

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्तियन सहायता से प्राप्त न कर सकेंगे।

- यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता पूर्ण न हो जाए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता पूर्ण न हो जाए, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे यहाँ केवल वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, अन्य किसी भी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

- "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तियन उद्देश्यों के लिए ही उपयोग किया जाएगा। हमारे द्वारा रोगी के उपचार के लिए जो भी राशि प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तियन उद्देश्यों के लिए ही उपयोग किया जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director (Name, Designation and Stamp of Authorised Signatory)
Regd. No. 10201 on behalf of Hospital)
Dr. Sima Das

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA
A Junior Consultant
Oculoplasty and Ocular oncology services

(Name and Stamp of Junior Consultant)
Regd. No. 10201 on behalf of Hospital)
Dr. Chhavi Gupta

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(नाम और हस्ताक्षर)

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(नाम और हस्ताक्षर)

Safar



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

31st December 2024

Dear Mr. Tandon



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

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Atif Atif- E/1224/0285

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Atif Atif	Address/ Phone:	Nai Abad, Aligarh, Uttar Pradesh- 202001	
MR N		DEL-G-20-12-0485	Age/Sex	7 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-20	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 KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RANIKHET