

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा कथन मेरा आवेदन एवं सहायता को खारिज करने के लिए पर्याप्त होगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता/पैसे की रकम नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and if a Trustee for need/publish/post-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.
- (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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, मुझे, मेरा पता, मेरा फोटो, मेरे विवरण से किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग और मेरे विवरण को प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग और मेरे विवरण को प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Dr. Chhavi Gupta

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा जारी)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
 - हस्ताक्षर करके, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मरीजों को भेज रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु नहीं भेज रहे हैं।
 - हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मरीजों को भेज रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु नहीं भेज रहे हैं।
 - हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मरीजों को भेज रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु नहीं भेज रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Signature, Designation & Stamp of Authorised Signatory

Read No.

on behalf of Hospital

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

के द्वारा हस्ताक्षर और मुद्रा

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Dr. Chhavi Gupta

Dr. Sima Das

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kartik Kumar- E/1224/0288

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Kartik Kumar	Address/ Phone:	Village Dhuria, District Shahjahanpur, Uttar Pradesh-243205	
MR N		DEL-G-23-07-4206	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-12	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024-12-30	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