

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

Koshika
foundation
Building block of life

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा वाक्य 10):

1) I hereby confirm that all details in this Form are True in the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null & void 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 वाक्य हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत प्रमाण प्रस्तुत कराया है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का समझता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति में मिले बिना न होगा। जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ वाक्य हूँ कि, कभी सहायता हेतु या अन्यथा भी नहीं है, उस राशि का अधिकतम या अधिक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न मिले, जिससे मैं इस मदद के लिए न ही भविष्य में मुँह

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा वाक्य):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने-आपसे भी मुक्ति करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत कराया हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ दिये जायें। इसे "कोशिका" दम्प, प्रकाश, चित्र, साक्षात्कार, दूरदर्शन, रेडियो, टीवी, इंटरनेट और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र को पढ़ने का याद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से समझता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थ में प्रेषित है, पूर्णतः स्वतंत्रता से सम्बन्धित नहीं होगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दम्प, प्रकाश, चित्र, साक्षात्कार, रेडियो, टीवी, इंटरनेट और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

विजयेश (Father).

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वाक्य):

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:

- 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ नीचे से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में स्पष्ट रूप से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट रूप से कहा गया है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के अभाव में हमें सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि वह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव क्यों एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार चुनने और करने का पूरी जिम्मेदारी हमें एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की लिए संमति

Dr. SIMRAN

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shashi Chandra

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Assistant Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regional Eye Centre

Dr. Shashi Chandra Eye Hospital

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

Signature

Signature

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. Raghav Kumar- E/1224/0295

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Raghav Kumar	Address/ Phone:	Village Bhainsta Kalan, Shahjahanpur, 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	2024-12- 26	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2024-12-26	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 6888, 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