

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 & ensuing 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होगा तो मेरी आवेदनपत्र निराकरण को लक्ष्य करेगा।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कॉशिका फाउंडेशन", से ले रहा हूँ। उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में घोषणा की गई है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने वापस नहीं लेया है, उस राशि का अधिक या सबस विरुद्ध किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/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.
- 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 प्रकार, मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाश करें, जैसे "कॉशिका" प्रकाश पत्रों, पत्र, पत्रिकाओं, पुस्तकों, रेडियो से जुड़ी गतिविधियों और वक्तावली के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाश करने को हित अधिकृत है। मेरे प्रकाश के विवरण को इस प्रकार से प्रकाश करने का हक मेरे पास है कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कॉशिका फाउंडेशन के सदस्यों के अधिकार है मुझे उसका प्रकाश कर अधिकृत नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" प्रकाश पत्रों, पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से अन्य न सहायता करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालूम से लेने का ले लेंगे हैं। केवल कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त हो सम्बंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकृत/प्रकार हेतु समुचित नहीं किया जाता है, तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/मालूम हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता प्रदान की जाती है, हमें उस हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किन्हीं अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तक्षेप सुझाव और अपने जाने को जारी निम्नलिखित रोगी एवं हस्पताल की ओर और "कॉशिका" को कोई दबाव या निम्नलिखित इस प्रकाश में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SIMA WAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shrotri's Charity Eye Hospital

समस्त चरु हस्तक्षेप अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Aayushi- E/1224/0306

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Aayush	Address/ Phone:	H no. 25/43, Indraprastha colony, A-Block, Barai, Delhi - 110084	
MR N		DEL-C-22-12-1863	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12-27	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