

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्पित अथवा गलत बात साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली कोई भी सहायता, केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग होगी, जो इस प्रस्ताव में घोषित है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की रकम वापस नहीं करूँगा, न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस सहायता के लिए किसी भी प्रकार की रकम वापस करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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" 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 बायाँ अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकार कर लेता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और उस विवरण का प्रयोग करने की अनुमति है, जो मेरी सहायता के लिए प्रेषित है, जो इस प्रस्ताव में घोषित है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है, जिससे कोशिका फाउंडेशन को दानों को जुटाने में मदद मिलेगी और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलायी जा सकती है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है, जो मेरी सहायता के लिए प्रेषित है, जो इस प्रस्ताव में घोषित है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप

(Signature) (Father)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- I 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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।
- मैं यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहा हूँ। यदि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।
- हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (संश्लेषण के लिए)

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
(Name: Dr. Sima Das)

Stamp of Authorized Signatory
Dr. Sima Das (Hospital)

यह डॉ. सिमा दास द्वारा हस्ताक्षरित है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)

(Signature)



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

31st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Ayushi- E/1224/0307



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Ayushi	Address/ Phone:	H.no: L 30/2, Prakash nagar, Gonda, Maupur, Delhi-110053	
MR N		DEL-G-21-01-2054	Age/Sex	10 years	Female
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