

DECLARATION by APPLICANT (उम्मीदवार द्वारा बयान):

- 1) I hereby declare that all details in this form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable to suspension/withdrawal.
- 2) I hereby declare that assistance I 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 declare that I haven't & will not in future, avail of same/similar medical or other services from any other non-charitable/for-profit/religious entity, of the amount for which the assistance is requested.
- 4) मैं बयान करता हूँ कि इस बयान में मैंने जो सभी विवरण जो बयान में उल्लेख कर रहे हैं, वे सही हैं। मैंने कभी कभी यह बयान उल्लेख नहीं किया है कि मैंने उम्मीदवार के रूप में जो बयान है।
- 5) मैं उम्मीदवार के रूप में "बयान" में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।
- 6) मैं उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मीदवार द्वारा बयान):

- 1) By affixing my signature on this form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees or representatives/representatives my name, address, phone & details of the 'purpose', for which such assistance is requested/required, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for seeking donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/commitments. 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, phone & details of the 'purpose', for which such assistance is requested/required, without my consent, will be made only for marketing or promoting the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest only with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस बयान में मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।
- 4) मैं (उम्मीदवार) और मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।
- 5) मैं (उम्मीदवार) और मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उम्मीदवार के बयान में उम्मीदवार के नाम:

लता कुमारी

AGREEMENT by HOSPITAL (उम्मीदवार द्वारा बयान):

- By affixing my signature, signature of our Authorized Signatory for recommending the assistance for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & 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 assistance, 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, from the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This commitment essentially states that the Hospital will not avail any financial assistance for the same assistance 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/undertaken by the Hospital on the patient, is subject to the cooperation between the patient & the Hospital, and how to way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will carry out its complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- 3) मैं (उम्मीदवार) और मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।
- 4) मैं (उम्मीदवार) और मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।
- 5) मैं (उम्मीदवार) और मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है, जो कि मैंने उम्मीदवार के रूप में उल्लेख किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery उम्मीदवार के उम्मीदवार</p> <p><i>25/01/25</i></p>	<p>Dr. CHAWAN Ganita Adjunct Consultant Surgery and Urology Services Hosp No. 00001 HOSPITAL & Regd. No. (State) उम्मीदवार के उम्मीदवार के उम्मीदवार</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>Dr. CHAWAN Ganita Director Director and Senior Lecturer, Services Director, Medical Education Department Hosp. No. 00001 Dr. Ganita Chawhan (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) उम्मीदवार के उम्मीदवार के उम्मीदवार</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम उम्मीदवार 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम उम्मीदवार 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---



21st January, 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Payal- D0125/0319



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Bhatia Road, Noida, India

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgery

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgery</u>					
Name		Baby Payal	Address	Purnagar, District Chawak, Uttar Pradesh - 200345	
Age		DEL-G-23-01-1888	Phone		
Sex			Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Item	Cost per Unit	No. of unit	Approx. Cost
1	2023-01-25	EJA	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 Conyogari, New Delhi-110012 India

Ph: 011-4352 4444, 4352 8888; Fax : 011-43528811

E-mail : scoh@scohn.net, Website : www.scohn.net

OTHER CENTRES

ALWAR ● SAHARANPUR ● MEERUT ● LAONIPUR KHERI ● VRINDAVAN ● KADOL BACH (DELHI) ● MODI NAGAR ● RANIKHET