

શ્રી ગર્વ મહાપ્રભા સાર્થી

DECLARATION by APPLICANT: 10/17/96 211 10/17/96 '92

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will result in my Application & ongoing membership being liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Kishore Financials, 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 and I will not in future, seek or receive financial aid, in part or in full, from any other educational/institutional company or the university for which this assistance is requested.
- १) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के बिना नहीं हैं। किसी भी गलत बयान पर मेरा आवेदन और मेरा वर्तमान सदस्यता का निरस्त होना संभव है।
- २) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए है, जिसके लिए मैंने मदद मांगी थी।
- ३) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब और भविष्य में किसी अन्य शैक्षणिक/वित्तीय कंपनी या विश्वविद्यालय से वित्तिय सहायता नहीं मांगूंगा, जिसके लिए मैंने मदद मांगी थी।

AGREEMENT by APPLICANT: _____ (name of applicant)

- AGREEMENT by APPLICANT** [अनुमति देना सहमत]
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I, Applicant hereby agree & authorize Koshika Foundation and / or Trustees to disseminate my correspondence, 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 it's activities/endeavours. 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 is final and will be final and acceptable to me.
- 3) मैं इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके इस फॉर्म को भरकर, मैं (आवेदक) अपने आपसे ही स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और/या ट्रस्टीज" को अधिकृत करने है कि वे मेरा नाम, पता, चोटित और अन्य विवरण एवं प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मौखिक, लिखित, दूरभाष, साक्षात्कार, दूरदर्शन से कुछ एडिटिंग/प्रोडक्शन के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं। ये प्रश्न का विवरण जो इसमें मैं अपने या हमारे नाम से पूछा है कि जिस "कोशिका फाउंडेशन" में मदद की जा रही है।
- 4) मैं (आवेदक) यह बात भी समझता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटित और विवरण जो कि सहायता के अनुरोध में प्रेषित है कुछ ऐसा आधार बन सकता है कि कौन-कौन सी "कोशिका" द्वारा उसकी मदद/सहयोग का निर्णय लिया जा सकेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनकी मदद/सहयोग का निर्णय अंतिम और बंधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

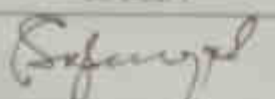
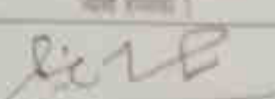
© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 391–397

~~अनाजी राय~~

AGREEMENT by HOSPITAL: (TYPED OR PRINTED)

- AUTHORISATION HOSPITAL** (FILL IN THE NAME)
- By affixing her/his/its signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient by 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation/undertaking expressly states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/cases 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 administered 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter!
- महोदय/महोदया जी! हमें आपका यह "अर्थिक सहायता" का निवेदन प्राप्त हुआ है। हम इसे प्रमाणित कर रहे हैं कि हम इस मामले में कोई भी अन्य स्रोत से वित्तीय मदद नहीं ले रहे हैं। यदि कश्कि फाउंडेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता पूरी तरह से उपलब्ध नहीं होती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता की मांग कर सकते हैं। यह पुष्टि है कि हम इस मामले में दोहरा वित्तियन प्राप्त करने का उद्देश्य नहीं रखते हैं।
- 3) "अर्थिक सहायता" केवल वित्तीय सहायता है। रोगी पर उपचार और चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और अस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कश्कि फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, अस्पताल ही उपचार और उसके परिणामों और सुरक्षा के लिए पूर्ण जिम्मेदार होगा। कश्कि फाउंडेशन इस मामले में कोई भूमिका नहीं निभाएगा।
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा जारी किया गया यह निवेदन पत्र हमारे अस्पताल के नाम पर है। हमें इस बात की पुष्टि है कि हमारा अस्पताल इस मामले में दूसरे किसी भी स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहा है। यदि कश्कि फाउंडेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता पूर्ण रूप से उपलब्ध नहीं होती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता की मांग कर सकते हैं। यह पुष्टि है कि हम इस मामले में दोहरा वित्तियन प्राप्त करने का उद्देश्य नहीं रखते हैं।
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा जारी किया गया यह निवेदन पत्र हमारे अस्पताल के नाम पर है। हमें इस बात की पुष्टि है कि हमारा अस्पताल इस मामले में दूसरे किसी भी स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहा है। यदि कश्कि फाउंडेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता पूर्ण रूप से उपलब्ध नहीं होती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता की मांग कर सकते हैं। यह पुष्टि है कि हम इस मामले में दोहरा वित्तियन प्राप्त करने का उद्देश्य नहीं रखते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 content is free abuse

Date of Surgery 9/5/25	 Dr. CHIRAVI GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Govt. Medical College & General Services Bikaner, Rajasthan FOR INTERNAL USE OF KOSHINA FOUNDATION	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) on behalf of KOSHINA FOUNDATION Govt. Medical College & General Services Bikaner, Rajasthan
SIGNATURE of TRUSTEE 1 (Name & Stamp)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (Name & Stamp)	
		



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...



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

31st May 2023

Dear Mr. Tandon:

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Kartik Kumar- E/0525/0058

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Kartik Kumar	Address/ Phone:	Dhuan, Shahjahanpur, Uttar Pradesh-242305	
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	08/05/2023	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)