

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

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 & ongoing 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसे पूर्ण या आंशिक रूप से वापस किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

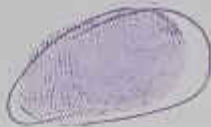
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में भौतिक है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, प्रचार/प्रसार के माध्यम से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे पता का विवरण भी इतना हो सकते या कम से कमों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान:

 Kothel

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्य/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) किम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इसके रोगी/मार्ग में ली जा सके हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकार/रोग/विकास के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/वस्तु हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद प्राप्त रोगी/मार्ग हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

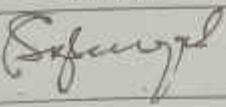
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/7/25	Dr. CHHAIKUNDA Adjunct Professor, (Name, Designation & Regd. No. with Stamp) हमारे डॉ. चैकैकुण्डा का निशान	Dr. SIMA DAS Principal (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हमारे डॉ. सिमा दास का निशान
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग के लिए केवल कोशिका फाउंडेशन

SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast Mohd Hassan-E/0725/0123

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast Mohd Hassan	Address/ Phone:	Gulra tanda, bela, kheri, U.P.- 262902	
MR N		DEL-G-24-03-5504	Age/Sex	4 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	16/07/2025	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			2500

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 : scejh@scejh.net, Website : www.scejh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)