

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदनकर्ता का बयान:**
 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 employment null and void.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false information furnished for reaction/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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही और सत्य हैं। यदि कोई गलत जानकारी दी जाएगी तो इससे निराकरण किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस लेने का प्रयास नहीं किया है और न ही ऐसा करने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর করুন)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों को आगे की जाय सफलता में (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नर्सियों" को अधिकृत करते हैं कि वे आप का नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा, स्वयं, या तो, अन्यथा दूसरे उद्देशों में बहुत नर्सियों और उपचारियों के लिए किसी भी प्रकार सफलता में उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इनका जो प्रयोग या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हैं कि वे आप, नाम, पता और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों में शामिल है पुष्टि करते हैं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करायें। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा आपको नर्सियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपका कर्मस्थल पर आपका कर्मस्थल

Gyula'sha Ganto

AGREEMENT by HOSPITAL (TENTATIVE) (H00)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiwa 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.

इसमें अधिभूत, इलाहरी को जोड़ के यथासंशुद्ध को "कोशिक प्रारम्भ" से विभिन्न स्थापित हेतु विनियोज की जाती है, जिसे हम (हमारा) किन् प्रकाश से तात्पर्य है यथासंशुद्ध करने है।

- [illegible]

2. "कॉन्सिक्वा पायनरेशन" से जो गई महत्वात् काल्पनिक प्रकृति की है। रोपी या इम्प्लांट द्वारा की गई मरुज या बिना गले उपकरण/प्रक्रिया का जुड़ना रोपी एवं होमोसायल को बीच का विषय है और "कॉन्सिक्वा पायनरेशन" द्वारा किसी प्रजात का कोई हानक नहीं है। इसविषय हमसफला में रोपी को प्रस्ताव सुझा और जाने जाने की सारी विमर्शनी रोपी एवं होमोसायल की रोपी और "कॉन्सिक्वा" की कोई हानिकारक या विमर्शनी इस सफल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. CHANDI GUPYA

Dr. SIMA DAS

110

Neuropathology and Occult oncology services

Director, Medical Education Department

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of hospital

नमः श्री गुरुभ्यो नमः

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Chennai Community Eye Hospital

हस्ताक्षर और मुद्रा के समक्ष परीक्षित करें

조각의 형태와 구성

FOR INTERNAL USE of KO

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक एग्रीमेट

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमो एमगवा ३

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mohd Ali- E/1124/0255

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mohd Ali	Address/ Phone:	Kajiana, Bareilly, Uttar Pradesh- 229401	
MR N		DEL-P-24-08-4343	Age/Sex	9 months	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/11/2024	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	18/11/2024	Chemotherapy	2500	1	2500
		Total			4500

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