

DE ASSISTANCE DÉP
DE LA VILLE DE

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 cost for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को भी निरस्त हो जाएगा।
- मैं ईमान से सत्यापन करती "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी जो भी मदद है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में चरु गण्य है।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने आसपास से या भविष्य में भी, इस मदद का अधिकतम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करे)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवक को चुन करती हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित, प्रसारित, पुनर्मुद्रित, प्रसारण या अन्य माध्यम से दुसरी योजनाओं और प्रसारणों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण को प्रचार के पत्रों या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के प्रचार के लिए नहीं, प्रकाशित, प्रसारण या प्रसारण नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकृतों का निर्णय अंतिम और सत्यापनी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करे)

- 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:
- 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सत्यापन/सही को "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमें वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल निर्दिष्ट मदद के स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलती है, उसी पर हस्पताल द्वारा ही-वैयक्तिक रूप से चिकित्सा उपचार का चुनाव होगा। हस्पताल को सही का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे जाने को भर्ती निम्नदर्शी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या वित्तियता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/11/24

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
(Name of Dr. & Regd. No. of Hospital)
हॉस्पर का नाम व इलाका व रजि. नं.

Dr. SIMA DAS
Director
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Director, Medical Education Department
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroff's Character Eye Hospital
जाने में ही हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]

30th November 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Asifa- E/1124/0269

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

Name	Asifa	Address/ Phone:	Village-Gagraula, Uttar Pradesh- 244235		
MR N	DEL-C-22-01-1071	Age/Sex	4 years	Female	
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	22/11/2024	MRI	6500	1	6500
		Total			6500

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