

119

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

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, if any, 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन अथवा गलत जानकारी का भरोसा दिलाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
2) मैं इस बात का समर्थन करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान की मदद नहीं ले रहा हूँ, इस मदद का अधिकार या भुगतान किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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-upreproduce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी आवेदन पत्र पर मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, सम्पर्क सूची, अंतरापत्र में मुझे मिलने वाली और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार के प्रचार-प्रसार में उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार कर रहा हूँ कि मैंने या मेरे बच्चे या बच्चे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग हैं मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" अपने ट्रस्टियों या ट्रस्टी अधिकार और अधिकारों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आदेश/पत्रों को "कोशिका फाउंडेशन" को भिजाने का फैसला करने की स्वीकृति है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से आर्थिक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने/प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ करने की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समकालीन रूप में मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य/नहीं सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर पर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता/मदद या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के द्वारा या किसी अन्य अस्पताल/हॉस्पिटल का चुनाव रोगी या रोगी के द्वारा या किसी अन्य अस्पताल/हॉस्पिटल से रोगी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं रोगी के द्वारा और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सहायता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. SHIVA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director (Name & Designation of Authorised Signatory)

Regd. No. 0918 (Half of Hospital)

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

04/12/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100/45

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

21st December 2024

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Zain Chaudhary- E/1224/t302

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name	Mast. Zain Chaudhary		Address/ Phone:	H no. 347, gali no. 7C, Block Birjpur, Shahdara, Delhi-110056	
MR N	DEL-C-21-08-4530		Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2024-12- 04	EUA(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) • MODI NAGAR • RANIKHET