

N#

DECLARATION by APPLICANT (अवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 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 amount for which this assistance is requested.
1. मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए 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 घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता, इस उद्देश्य के लिए प्रेषित की जा रही है, इस उद्देश्य के लिए प्रेषित की जा रही है।
3. मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की सहायता को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 solidifying 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1. इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" एम. एम. सी. सी. फाउंडेशन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के बदले में या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
2. मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" एम. एम. सी. सी. फाउंडेशन को पूर्ण और अखंड अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. CHHAVI GUPTA

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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.
 - 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.

1. मैं घोषणा करता हूँ कि हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से वही रोगी/रोगी के लिए वही सहायता प्राप्त करने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रेषित नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन को रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का कोई अधिकार नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार रोगी के पास होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य सभी चीजों को पूरी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. CHHAVI GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Adjunct Consultant, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व निजी मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Dr. Chhavi Gupta

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922

30 April 2025



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 Baby. Ananya Kumari- **E/0425/0002**

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Ananya Kumari	Address/ Phone:	Ward no. 1, Mohiuddin nagar, Rahepur, Samastipur, Bihar - 848502	
MR N		DEL-G-21-02-3960	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	08/04/2025	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)