

NA

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कसब असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में अपने या अपने परिवार के किसी भी सदस्य को किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले सकूँ।

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-upon 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रयोग हों, जैसे "कोशिका" फंडिंग, दान, चिकित्सा दूर-उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी माध्यम में उपयोग में प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" फंडिंग ट्रस्टी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



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:
- 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 अनुमोदित करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमारे से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन किया है। यदि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से भरने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद के लिए सहायता हेतु किसी भी प्रकार से स्वीकार नहीं करता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अवस्था की तारीख:

21/11/24

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant,

(Name of Dr. & Designation & Stamp of Hospital)

होस्पीटल का नाम और डॉक्टर का नाम

City Eye Hospital

Dr. SIMU DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)

होस्पीटल का नाम और डॉक्टर का नाम

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

यासी हस्ताक्षर 2

Safar

31st May 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Himanshi- E/0525/0047

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

Name		Baby. Himanshi	Address/ Phone:	B-6/73, Nand nagri, North East Delhi-110093	
MR N		DEL-G-25-03-6899	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	04/05/2025	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