

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, 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 सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बतलाया जाय तो मेरी मांगयावत सहायता को वापस ले लिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए धन, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के बारे में "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउंडेशन" के नाम पर प्रचारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं (आवेदक) इस प्रपत्र पर घोषित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के उपयोग के लिए अधिकृत हूँ। मैं (आवेदक) इस प्रपत्र पर घोषित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के उपयोग के लिए अधिकृत हूँ। मैं (आवेदक) इस प्रपत्र पर घोषित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के उपयोग के लिए अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत किया जायेगा। मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत किया जायेगा। मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

शशिवा

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.
- हम (हस्पताल) यहाँ निम्नलिखित बातों को स्वीकार करते हैं:
- 1) हम (हस्पताल) यहाँ घोषित करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए अधिकृत हैं। हम (हस्पताल) यहाँ घोषित करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए अधिकृत हैं। हम (हस्पताल) यहाँ घोषित करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए अधिकृत हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय सहायता है। हम (हस्पताल) यहाँ घोषित करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए अधिकृत हैं। हम (हस्पताल) यहाँ घोषित करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए अधिकृत हैं। हम (हस्पताल) यहाँ घोषित करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए अधिकृत हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/06/24

Dr. CHHAVI GUPTA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Dr. SIMY DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

Safarpur



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is Now NABH Accredited

30th June 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Mast Ishan- E/0625/0094

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Mast Ishan	Address/ Phone:	173, Pocket-11 Janta flats, sector A-6, Narela, North west delhi- 110040	
MR N		DEL-G-23-04-1259	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-06-23	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)