



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) I hereby declare that all details in this Form are from the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & request assistance, if any, void for request/consideration.
- 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, seek or solicit assistance, in part or in full, from any other organization/organization/company, of the nature for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई झूठा बयान एवं कथन मेरा प्रयास है कि उसे सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरा करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य सहायता के लिए नहीं आ रहा हूँ, जो कि मेरे लिए है और मैं इसे नहीं चाहता।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/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.

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 प्रश्न में मैंने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता से अनुरोध/प्रदान की गई है, जिसके माध्यम से मैंने सहायता प्राप्त की है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जिससे मैंने सहायता प्राप्त की है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

अर्शक

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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 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.

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने घोषणा/स्वीकार की है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता से अनुरोध/प्रदान करने हैं:

1) वह कि मैं (हस्पताल) और मैं (हस्पताल) ने किसी भी अन्य सहायता से अनुरोध/प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि हम (हस्पताल) को सहायता से अनुरोध/प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखा है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस से पूर्व या बाद में किसी भी अन्य सहायता से अनुरोध/प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

26/6/25

Dr. CHIRAN GUPTA

Adjunct Consultant

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

हस्ताक्षर और पंजीकृत नंबर के साथ मुद्रा

Dr. SIMA KAS

Director

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

हस्ताक्षर, पद और मुद्रा के साथ स्वीकृत

Director, on behalf of Hospital

हस्ताक्षर, पद और मुद्रा के साथ स्वीकृत

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

अर्शक

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

अर्शक



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 Abhi Kumar- E/0625/0101

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Abhi Kumar	Address/ Phone:	Sirs, Gaharwar, Mirzapur, Uttar Pradesh-231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-08-26	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)