

DECLARATION by APPLICANT: मैंने इस पत्र में जो...

- 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 & original documents 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 पर बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार भरे गये गये हैं। यदि कोई विवरण सही बताना असमर्थ भए जाय है तो उसे सफाई लिखना भी जरूरी है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस आवेदन में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से जो भी राशि को प्राप्त है, उस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिए है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (under 21 4012)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 3) इस तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने समर्थन को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट्टी और जो विवरण इस तरह में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा गाना, पढ़ा, प्रकाशित करने के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इरादों के बारे में या यात्रा के बारे में कुछ सीखने के लिए और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग नहीं किया जाएगा। इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट्टी और विवरण मेरे इरादों के बारे में या यात्रा के बारे में कुछ सीखने के लिए और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त जानकारी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 की छाप

आलेख के समान या समुचित निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (PRINTED BY NITE)

- 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 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से समस्त चीजों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, फिर हम (हस्पताल) निम्न उक्त से सम्मन व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और समानरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेना या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्मन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकार/प्राप्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है, तो हस्पताल किसी अन्य और समानरी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इसी तरह उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी और समानरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेगी।
- 2- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल इस दो गई सहाय या किम एवं उपचार/क्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रसायन नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की पूर्ण जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

RECOMMENDED
स्वीकृती नं.
Page No. 100745

Oculoplasty and Ocular oncology services
District Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Subhas Chandra Eye Hospital

Charlton Eye Hospital

Date of Surgery

ऑपरेशन की जाति।

11/8/25

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

डॉक्टर का नाम व इम्तिहान व तिथि :

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

मानव व पशु स्वास्थ्य के अधिकार अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्यासो हस्तोक्तः ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

100



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Iqra Bano-E/0825/0154



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

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby. Iqra Bano	Address/ Phone:	Ranpur, Ayodhya, Uttar Pradesh- 224164	
MR.N		DEL-P-23-10-1190	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	11/08/2025	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 : scej@scej.net, Website : www.scej.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)