

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गत सहायता राशी
	८५	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरना है):

- 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, 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 यहाँ पर कबट हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कबल अलग-अलग बातें बताई हैं तो मेरी जानकारी-विचार की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबट हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबट हूँ कि मैं किसी भी तरह से, वर्तमान में या भविष्य में, अपने उपचार/रोजगार/बिमा के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा के माध्यम से कोई भी राशि प्राप्त नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करना)

- 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-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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रदान किया है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपचार के दौरान या उपचार के बाद मेरे नाम से "कोशिका फाउंडेशन" से मदद प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के भरोदारों के द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा या किसी भी माध्यम से मदद प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप:

शकुन्ता

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करना)

- 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, in 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 यहाँ पर सहमत हो चुका है कि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद प्राप्त करने के लिए हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में माग व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद माग कर रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से माग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा माग की गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद माग कर सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से मदद माग कर रहे हैं, हम यहाँ पर पुष्टि करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से मदद माग कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद प्राप्त करना केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

4/9/25

Dr. GURU GUPTA
Advisor Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Hospital
(Name of Dr. & Regd. No. Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी 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 September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Ishan- E/0925/0184

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Ishan	Address/ Phone:	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	04/09/2025	Examination under Anesthesia (EUA)	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. SIMA DAS
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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) • MODI NAGAR • RANIKHET