

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु मांगे राशि को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमरा किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसकी, दूर, व्यवस्थापन हेतु उद्देश्य से मुझे लोकप्रियता और उपलब्धता के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के खाल में भरने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में भरा गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे सहायता का उपलब्धता नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



LT of Father

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 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.

- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो/पावने में आने या न हो, यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिज्ञा उस को मान्यता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान होगी कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिक/कमरा हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत से नहीं ले/पावने।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। यदि वह हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का सुचारु रूप से हस्पताल को सौंपा जा दिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी रूप हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

Dr. SIMA DAS
Director

Dr. CHINA GUPTA
Adjunct Consultant,
Oculoplasty and Ocular Oncology Services
Regd. No. 100743
Dr. Shree's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00201
Dr. Shree's Charity Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]



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 Suraj kumar- E/0925/0191

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Suraj kumar	Address/ Phone:	Gram bhakhari, post dhanokhar, Bagpath- 813204	
MR N		DEL-G-23-03-5810	Age/Sex	5 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	09/09/2025	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