

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले के लिए)

- 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 being requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक सख्त "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस आवेदन में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पूरी राशि और न ही सहायता में से कुछ भी वापस करने का अनुरोध नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले के लिए)

- 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-upreproduce 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 प्रकार यह आवेदन दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों "को" अपेक्षित सहायता के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करे, जैसे कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए धन募集 और/या जानकारी प्रसारित करने के लिए, जिससे कोशिका फाउंडेशन को मेरी सहायता के लिए धन募集 करने में मदद मिले।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, मुद्रित, प्रकाशित, या अन्य किसी भी माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, प्रकाशित, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

गोपिका

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 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 यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता का अनुरोध कर रहे हैं कि हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) को सहायता मिले।

(1) यह कि न तो हम (हस्पताल) और न ही कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध करने की आवश्यकता है, यदि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता हमारे अनुरोध के अनुसार नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) को सहायता मिलने के लिए अन्य स्रोत से अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम (हस्पताल) को सहायता मिलने के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम (हस्पताल) को सहायता मिलने के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

(2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्तक्षेप नहीं किया जायेगा और रोगी को सहायता मिलेगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भुगतान या किसी भी प्रकार का दबाव नहीं मिलेगा।

Dr. SIMA DAS
Director

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Dr. CHHA. GUPTA

Admission Consultant,

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regd. No. 100745

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

हमारे का नाम व हस्ताक्षर व सील

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

15/04/2024

16/04/2024

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

नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रित अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

Signature

30th September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Pari- E/0925/0202

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Pari	Address/ Phone:	Post sukrauli kushinagar, Uttar pradesh- 274207	
MR N		DEL-G-25-08-2788	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	12/09/2025	MRI	6500	1	6500
2	16/09/2025	Genetic Test	20000	1	20000
		Total			26500

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