

19

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):** I hereby declare 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.

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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गिरफ्तार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निषेध की जा सकती है।  
2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।  
3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं या मेरे परिवार को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी रकम मिलेगी और मैं भी कोई भी दावा नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/publish/print/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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) अपने नाम से कोशिका फाउन्डेशन और इसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में बताए गए उद्देश्य के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं, जिसमें मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ति से पहले या बाद में किया जा सकता है।  
2) मैं (आवेदक) और अधिकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी माध्यम से उपयोग मेरी सहायता के लिए नहीं होगा। सहायता के प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टी के पास होगा। इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**  
आवेदक का हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

*गंगा*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 its right to make up the shortfall from another 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.

हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी कोशिका फाउन्डेशन से इस रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:  
1) हम या हमारे हॉस्पिटल कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए किसी रोगी/रोगी के लिए मदद मांग रहे हैं, जिससे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता मिले। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोगी के लिए मदद मांगने का अधिकार सुरक्षित रखना है।  
2) कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार मुफ्त और अन्य चीजों को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल को होगी और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा कोई भी दबाव या निर्णय रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार मुफ्त और अन्य चीजों को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल को होगी और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

|                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Dr. CHHA GUPTA</b><br/>Adjunct Consultant,<br/>Oculoplasty and Ocular Oncology Services<br/>Regd. No. 100115<br/>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> |  | <p><b>Dr. S. K. DAS</b><br/>Director<br/>Oculoplasty and Ocular oncology services<br/>Director, Medical Education Department<br/>Regd. No. 00291<br/>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                      |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br/>नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br/>नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|



**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**

Caring for the community since 1922



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

30<sup>th</sup> September 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Archir- E/0925/0210

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                                   |                    |                                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Name                                                                                               |                | Archir                            | Address/<br>Phone: | Gram Nabada Atanpur,<br>Mohamdabad, Farukhabad, U.P.<br>206451 |             |
| MR N                                                                                               |                | DEL-P-24-07-0520                  | Age/Sex            | 5 years                                                        | Male        |
| S. No.                                                                                             | Treatment date | Items                             | Cost per Unit      | No. of unit                                                    | Aprox. Cost |
| 1                                                                                                  | 25/09/2025     | Examination under Anesthesia(EUA) | 2000               | 1                                                              | 2000        |
| 2                                                                                                  | 26/09/2025     | Chemotherapy                      | 2500               | 1                                                              | 2500        |
|                                                                                                    |                |                                   |                    |                                                                |             |
|                                                                                                    |                | <b>Total</b>                      |                    |                                                                | <b>4500</b> |

**Dr. SIMA DAS**

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regd. No. 10731

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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) • MODI NAGAR • RANIKHET