

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 rescission/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई इस सहायता को पूर्ण रूप से, उस स्रोत या कर्मिका या कर्मिका के द्वारा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.
- (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.
- इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अधिकारों को सुरक्षित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, या कभी-कभी दूर दूरस्थ से जुड़ी प्रचार/समाचार और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। या प्रचार को विवरण या उद्देश्य के पालने का कार्य करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

- 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:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षरों को जोर से माध्यम/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वयं से सहायता करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता के बिना किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता के बिना किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घुंटी में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता के बिना किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या किसे गाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव/प्रक्रिया का निर्णय का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्ताक्षर की शर्तों और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

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

Dr. CHHAVI BIRAJI
 Adjunct Consultant
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services
 Regd. No. 100745
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

<p>Date of Surgery आपरेसन की तारीख</p> <p>29/1/20</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारंभिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
---	---



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 Baby Chhavi- E/0126/0378

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby Chhavi	Address/ Phone:	MCF- 517, near shree ji computer center, Subhash colony, Ballabgarh, Faridabad- 121004	
MR N		DEL-G-19-08-4961	Age/Sex	13 years	Female
S. No	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit.	Aprox. Cost
1	2026-01-29	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 : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

OTHER CENTRES

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