

सी. गार्ड सहायता रखी

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस व्ययका हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस व्यक्ति का शारीरिक या मानसिक हिस्सा किसी अन्य संलग्नियों/व्यक्ति/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/print-up/republish 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अगले संघर्ष में भी पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस तरह से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जा रहा है, जो मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के प्रमाण के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रचार के लिए प्रकाशित हो सकते हैं, सहायता का हस्ताक्षर जारी करता हूँ। इस संघर्ष में "कोशिका फाउंडेशन" अपने उद्देश्यों के लिए अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing my/our signature, 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी और सहायक से किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निधि सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारे पास और सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष चर्चा उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे चिकित्सालय द्वारा दी गई सहायता या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और अपने खर्चे को पूरी जिम्मेदारी होती चले हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMA DAS
Director

Dr. CHHAVI GUPTA
Adjunct Consultant,

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

मैं या हम हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/4/25

Oculoplasty : Ad Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

[Stamp]

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922...

30 April 2025



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

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Doli Rani- **E/0425/0008**

| Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u> | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|
| Name | | Baby. Doli Rani | Address/ Phone: | Ratagarh, Uttar Pradesh- 331022 | |
| MR N | | DEL-P-22-03-6749 | Age/Sex | 5 years | Female |
| S. No. | Treatment date | Items | Cost per Unit | No. of unit | Aprox. Cost |
| 1 | 22/04/2025 | 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)