

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण दुरुबल प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता भिन्न को वापस की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद के मुताबिक ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या तो पूर्णतः या आंशिक रूप से इस मदद के लिए किसी भी प्रकार की वापस करने की आवश्यकता नहीं महसूस करूँगा।

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/publish/post-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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति यहाँ घोषित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, दूर, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन से मुझे प्रेषित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इससे सहमति के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए है, फाउंडेशन को प्रसारित करने के लिए उपयोग में लाया जा सकता है।

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

Heeraj Kumar

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 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.
- हमारा अधिकृत, इससे घोषणा करता है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु किसी भी रोगी को नहीं है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान करने के लिए तैयार हैं।
- 1) वह कि न तो हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी को प्रदान करने के लिए तैयार हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए तैयार हैं, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से भरने के लिए तैयार रहने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा का उद्देश्य यह है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए तैयार रहने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने आप में जारी (अविरोध) रोगी एवं हस्पताल को हानी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. CHHAVI GUPTA

Adjunct Consultant,
Oculoplasty & Ocular Oncology Services
Regd. No. 100745
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. SIMA DAS

Director
Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department

Regd. No. 00291

Shri Eye Hospital

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

यदि व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

Dr. Chhavi Gupta

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2

Dr. Sima Das



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1914...

30th 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 Mast. Divyansh Divyansh- E/0425/0021

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Mast. Divyansh Divyansh	Address/ Phone:	Post Hilauli, Maurawan, Purwa, Uttar Pradesh-200625	
MR N		DEL-G-25-01-0377	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	10/04/2025	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)