

ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं दाएँ जो सहायता माँग रहा हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", में सीधा या तबो है। उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं गुरुि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का शौचिक या शकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print or 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 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.
- मैं इस प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की गुरुि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में माँगा है, उसे "कोशिका" द्वारा शकल, दान, प्रकाशना द्वारा उद्देश्य से गुरुि जातिविधि और जानकारी के लिये किसी भी प्रस्ता माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रस्ता का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में करने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जाति अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" अपने इसके निर्णयों का अंतिम और अक्षरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION  
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुलि की छाप

Imkhang

## 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:
- 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, हमसहते की ओर से सहायता/उपचार के "कोशिका फाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विधि प्रकार से सहायता माँगा करते हैं।
  - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी भी सकाराती स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि शकल/सकाराती हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सकाराती सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गुरुि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विधि सहायता हेतु किसी भी सकाराती सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लगे/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायता केवल विधि प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा से कोई सहायता या विधि सहायता/उपचार का सुकाव लेगी कोई हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में राशि के इलाक सुकाव की जाये जाने की गुरुि विधि/उपचार लेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुकाव या विधि/उपचार इस मायने में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए सन्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>29/4/25</p>	<p>Dr. CHHAVI GUPTA Adjunct Consultant, Dentistry and General Oral Care Services Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp डाक्टर के नाम से हस्ताक्षर व रजि. नं. Dr. Shreshth Chaturvedi Hospital</p>	<p>Dr. SIMA DAS Director Name, Designation &amp; Specialty services Occupation of Authorised Signatory Director, Medical Education (Hospital) गणपत नरेश्वर अस्पताल, गुरुनगरी</p>
<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</p>		
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p>Signature</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p>Signature</p>	





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

Caring for the community since 1922...

30 April 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Mast. Riyaz- E/0425/0029



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

**Estimate cost of treatment**  
**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**  
**Retinoblastoma Surgeries**

<b>Name</b>		Mast. Riyaz	<b>Address/ Phone:</b>	Village Ulata, H no. 191, Haryana-122103	
<b>MR N</b>		DEL-G-21-03-4154	<b>Age/Sex</b>	4 years	Male
<b>S. No.</b>	<b>Treatment date</b>	<b>Items</b>	<b>Cost per Unit</b>	<b>No. of unit</b>	<b>Aprox. Cost</b>
1	29/04/2025	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

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)