

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME OF OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>श्री गुरु सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
|                        | N/A                                       |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा विज्ञापन:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन अथवा गलत जानकारी है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से नही हूँ, उस मदद का अधिक या ज़रूरत बिना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करण)

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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दवायु, नशीब, दवा, यमक/या दूसरे उद्देश्य से मुझे यंत्रोपकरणों और उपकरणों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रस्तावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे दवायु के फल से काटने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" में नशीब अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे ज्ञात: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दवायु उसकी नशीबों का निर्णय अंतिम और अनिवार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप:

*(Signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करण)

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 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.

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की गई या पारदर्शिता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मिलने में लगे या लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय करने सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु प्रस्तावित किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी तरह मदद करने उद्देश्य/मकसद हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हमला करने या नही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला करने वाले का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला करने रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला करने वाले और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. CHHA Gupta

Adjunct Consultant

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Regn. No. 109745

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

हमला करने वाले व हस्पताल का रोगी नं.

Dr. SIMA DAS

Director

Oculoplasty and Ocular oncology services

Director, Medical Education Department

Regn. No. 00291

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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

हम व पर हमला करने वाले अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

*(Signature)*



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

Caring for the community since 1922



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

31st August 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Harsh-E/0825/0175

| Estimate cost of treatment<br>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital<br><u>Retinoblastoma Surgeries</u> |                |                  |                    |   |             |
|--|----------------|------------------|--------------------|---|-------------|
| Name   |                | Harsh            | Address/<br>Phone: | Gram Khirva, Post Tatam, Madhya Pradesh- 250341 |             |
| MR N   |                | DEL-G-25-07-6662 | Age/Sex            | 2 years   | Male        |
| S. No.   | Treatment date | Items            | Cost per Unit      | No. of unit                                     | Aprox. Cost |
| 1  | 16/08/2025     | MRJ              | 6500               | 1   | 6500        |
|  |                |                  |                    |   |             |
|  |                |                  |                    |   |             |
|  |                | <b>Total</b>     |                    |   | <b>6500</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 : 011-43528818

E-mail : sceh@sceh.net, Website : www.sceh.net

**OTHER CENTRES**

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