




**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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से पैसे का उद्देश्य है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं भी या भविष्य में कहीं भी, अपने उद्देश्य के लिये किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो सहायता है और न ही सहायता से लूना।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
  - 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, प्रकाशित, दूरदर्शन से प्रसारित, ऑनलाइन और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्तक्षेप या कार्य के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका" द्वारा अन्य स्रोतों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:


- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगूठे से लगाकर/लेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगिणी को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जहाँ तक हमें सहायता से लूना या लूनी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिशित इससे को सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर वित्तीय मदद प्राप्त होगी/पानगी हेतु किसी भी रोगी/रोगिणी को किसी अन्य स्रोत से नहीं लूना/लूनी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही वह सहायता सिफारिश करने/स्वीकार/स्वीकार्य का चुनाव किया जाये एवं हस्ताक्षर को सहायता का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने कार्य को जारी रखने/लेगी रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता से नहीं लूनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

  
**Dr. SHYAM DAS**  
 Director  
 Oculoplasty and Ocular oncology services  
 Director, Medical Education Department  
 Regd. No. 00291  
 Dr. Shree's Charity Eye Hospital  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 रूप से पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 अतिरिक्त की तारीख  
 18/9/25

  
**Dr. CHHA GUPTA**  
 Adjunct Consultant,  
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 Dr. Shree's Charity Eye Hospital

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> नामों हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> नामों हस्ताक्षर 2
	



30<sup>th</sup> September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Abhi Kumar- E/0925/0196

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Abhi Kumar	Address/ Phone:	Sirsi, Gaharwar, Mirzapur, U.P. - 231001	
MR N		DEL-G-24-01-4579	Age/Sex	3 years	Male
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	18/09/2025	Examination under Anesthesia(EUA)	2000	1	2000
		<b>Total</b>			<b>2000</b>

**Dr. SIMA DAS**  
Director

Oculoplasty and Ocular oncology services  
Director, Medical Education Department  
Regd. No. 00231  
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

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: scsh@sceh.net, Website: www.sceh.net

**OTHER CENTRES**