

Sr. No. क्र.सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो राशि सहायता मिली
	NP	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):
 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इससे आग्रहपूर्वक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी नहीं हूँ, इस प्रति का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/put-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.
 3) इस प्रश्न या कथन इत्यादि या जगहों को ध्यान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नामों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह नामों, पता, जानकारी हमारे द्वारा से कृती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे द्वारा से करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के नामों अधिकृत है।
 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रति है मुझे प्राप्त: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह नामों त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी का निशान

हस्ताक्षर

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.
 हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस वन (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करता है:
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी गैर सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाएगी न ही या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि स्वीकार/सकता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त होगी/पाएगी हेतु किसी गैर सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगी/पाएगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के द्वारा चयन और अपने नाम की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/11/25	Dr. CHAND GUPTA Medical Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर चन्द्र गुप्ता के निवास पर Dr. Chandra Gupta, Surgeon	DR. SIMA DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. सीमा दास हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

हस्ताक्षर



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Caring for the community since 1922



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Care is how. Right from the start.

27 September 2023

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Dipti- E/0925/0212.

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Dipti	Address/ Phone:	Hno. 30, R- 534, 500 Wall Gali, Jahangirpur, Delhi- 110033	
MR N		DEL-G-23-01-2025	Age/Sex	5 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	29/09/2025	Examination under Anesthesia(EDA)	2000	1	2000
		Total			2000

Dr. SIMA DAS

MD, FRCS

Best Regards

Oculoplasty and Ocular oncology services
Head of Oculoplasty Department
Cell No. 9023

Dr. Sima Das

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

Director, Oculoplasty and Ocular Oncology Services

DR. SHROFF'S CHARITY EYE HOSPITAL

5027, Kadar Nath Road Daryaganj, New Delhi-110002 India

Ph - 011-4352 4444, 4352 8888, Fax - 011-43528816

E-mail - scoeh@scoeh.net, Website - www.scoeh.net

OTHER CENTRES

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHURI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI) • MODI NAGAR • RAIPUR