



**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज/रद्द करने का अधिकार है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए है, जो कि मैंने इस फॉर्म में उल्लेख किया है, जो कि मैंने इस फॉर्म में उल्लेख किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता से प्राप्त की गई है, इस सहायता का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
  - 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गृहीत करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, जिनके "कोशिका" द्वारा प्रचार, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण को इस फॉर्म में उल्लेखित है या मेरे द्वारा जो विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से उल्लेखित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उल्लेखित गतिविधियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):**

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ते हैं सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को यहाँ है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ प्रचार से सहायता में स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोधित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस गृहीत में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश को सिफारिश के लिए हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस गृहीत में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश को सिफारिश के लिए हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह 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 सिफारिश के लिए सहायता को सिफारिश करने का कोई भी निर्णय रोगी के हस्तगत सुरक्षा और अपने अपने को सही निर्णय लेने पर हस्पताल को सौंपे और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. CHHAVI GUPTA**  
 Senior Consultant,  
 Oculoplasty and Ocular Oncology Services  
 Regd. No. 100745  
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**Dr. SIMA DAS**  
 Director  
 Oculoplasty and Ocular oncology services  
 Director, Medical Education Department  
 Regd. No. 100291  
 Eye Hospital  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 18/10/25  
 22/10/25

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

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

31<sup>st</sup> October 2025.

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Aashvi- E/1025/0228

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Aashvi	Address	H no - 422, Rawat Rutter, Prem Nagar, Bulandshahr, U.P. - 281003	
MR N		DEL-P-24-06-2752	Age/Sex	4 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2025-10-27	EUA (Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
2	2025-10-18	MRI	6500	1	6500
<b>Total</b>					<b>8500</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**