

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा भरण पर)

- 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 retraction/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 पर कर्ता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एव कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से न तो भविष्य में न तो सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लेने का अधिकार मुझमें रहेगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्थक द्वारा करार)

- 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/post-up/republish 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उस "कोशिका" प्रारूप 'व्यापार' एवं 'समाचार' के माध्यम से उद्देश्य के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के 'ट्रस्टियों' अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रारूप, उनके 'ट्रस्टियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान:

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या ल रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता संचयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उस रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता संचयन से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों को स्वतंत्र निर्णय रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SIMR DAS
Director

Dr. CHHAVI GUPTA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Adjunct Consultant, स्वीकृती के लिए संस्तुति

Oculoplasty and Ocular oncology services
Director, Medical Education Department
Regd. No. 80291

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
12/1/24

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. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्थक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2



30th September, 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby, Baby Kulsum- E/0126/0357

Estimate cost of treatment Dr. Shroff's Charity Eye Hospital <u>Retinoblastoma Surgeries</u>					
Name		Baby, Baby Kulsum	Address/ Phone:	5267, Kucha rehman, Chandani Chowk, Delhi- 110006	
MR N		DEL-P-24-01-6114	Age/Sex	2 years	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-12	EUA(Examination under Anesthesia)	2000	1	2000
		Total			2000

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