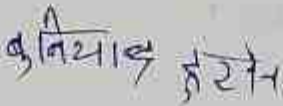
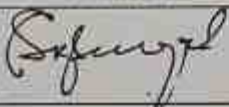





<b>DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)</b> 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. If any, liable for rejection/cancellation 2) I solemnly confirm that assistance, if received 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 पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कबल असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ पर कबल यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी, इस रोग का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
<b>AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)</b> 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 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को गृहित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, द्वारा, वाचनात्मक, दूरभाष, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी परम का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में या बल में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों अधिकृत है। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
<b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :</b> अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान <div style="text-align: center;">  </div>	
<b>AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)</b> 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, हस्ताक्षरों को अंगूठे में प्रामाण्यता के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिस तम (हस्पताल) निम्न प्रकार से प्रमाणित स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है, रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय, गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अंगुण को साथ निम्नरूपी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>Dr. CHHAVI GUPTA</b>  <b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b>  <b>Adjunct Consultant</b>  <b>स्वायत्त के लिए संस्तुति</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>Dr. SIMA DAS</b>  <b>Director</b>  <b>Oculoplasty and Ocular Oncology services</b>  <b>Director, Medical Education Department</b>  <b>Regd. No. 00291</b>  <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> </div> </div>	
<b>Date of Surgery</b> <b>ऑपरेशन की तारीख</b> 2/1/20	<b>Oculoplasty and Ocular Oncology Services</b> <b>Regd. No. 100745</b> <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b> <b>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</b> <b>डॉक्टर का नाम व इच्छाता नं. के साथ</b>
<b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> जानाजिक उपयोग हेतु	
<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> <b>न्यासी हस्ताक्षर 1</b> 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> <b>न्यासी हस्ताक्षर 2</b> 



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

Dear Mr. Tandon

**Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!**

Please find below attached estimate expenditure of Baby Noor Bano- E/0126/0379

<p align="center"><b>Estimate cost of treatment</b>  <b>Dr. Shroff's Charity Eye Hospital</b>  <u><b>Retinoblastoma Surgeries</b></u></p>					
Name		Baby Noor Bano	Address/ Phone:	Post Kabirpur, Budhanpur, Sitapur-261121	
MR N		DEL-G-25-12-7113	Age/Sex	4 months	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	2026-01-02	MRI	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 : 011-43528816

E-mail : [sceh@sceh.net](mailto:sceh@sceh.net), Website : [www.sceh.net](http://www.sceh.net)

**OTHER CENTRES**