

1

DECLARATION by APPLICANT (अर्थी द्वारा कथन)

- 1) I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null & void for reimbursement.
- 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 insurance/employer/insurance company, of the person for which the assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठ का दावा होगा तो मेरी आवेदन पत्र और मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता को केवल मेरे "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 6) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के बाद किसी भी अन्य प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य बीमा कंपनी/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थी द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/put/print/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.
- 3) इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा छापने से मैं (अर्थी) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का प्रयोग करने की अनुमति है, जिसके माध्यम से वे मेरी तस्वीर और मेरे विवरणों का उपयोग कर सकते हैं, जिससे वे मेरी सहायता के लिए धन募集 कर सकते हैं और/या मेरी सहायता के बारे में जानकारी फैला सकते हैं।
- 4) मैं (अर्थी) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का प्रयोग करने से मैं अपने सहायता के लिए स्वतंत्रतापूर्वक रूप से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं हूँ।
- 5) मैं (अर्थी) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का प्रयोग करने से मैं अपने सहायता के लिए स्वतंत्रतापूर्वक रूप से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थी का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 scope 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.
- इसके अलावा, हम यहाँ सहमत हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए इस मामले/रोगी के लिए अनुरोध कर रहे हैं, और हम यह स्वीकार करते हैं कि हम इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं।
- 1) हम यह स्वीकार करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं, और हम यह स्वीकार करते हैं कि हम इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का दायित्व रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, और इस पर कोशिका फाउंडेशन का कोई प्रभाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार करने के लिए अनुमति

Date of Surgery शल्य चिकित्सा की तारीख	(Name of Dr. & Hospital, Mo. No. & Address) डॉक्टर का नाम और पता, मोबाइल नंबर और ठेका	(Name, Designation & Address of Authorized Signatory) अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और ठेका
27/3/24	<i>[Signature]</i> DR. SURESH GUPTA Surgeon Koshika Foundation	<i>[Signature]</i> DR. SURESH GUPTA Surgeon Koshika Foundation

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थी संस्थापक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थी संस्थापक 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

31st March 2025

Dear Mr. Tandon

Greetings from Dr. Shroff's Charity Eye Hospital!

Please find below attached estimate expenditure of Baby. Baby Kulsum-E/0325/0400



Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Delhi is now NABL Accredited

Estimate cost of treatment
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Retinoblastoma Surgeries

Name		Baby. Baby Kulsum	Address/ Phone:	5267, Kucha rehman, Chandni chowk, Delhi, 110005	
MR N		DEL-P-24-01-8114	Age/Sex	1 year	Female
S. No.	Treatment date	Items	Cost per Unit	No. of unit	Aprox. Cost
1	3/27/2025	EUA	2000	1	2000
		Total			2000

Best Regards

Dr. Sima Das

Director

Oculoplasty and Ocular Oncology Services

Dr. Sima Das

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

ALWAR • SAHARANPUR • MEERUT • LAKHIMPUR KHERI • VRINDAVAN • KAROL BAGH (DELHI)