

[illegible]

- 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 भोपला बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहायक एपि "कोविडका कलान्दोलन", से भी क की रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एपि का शैक्षणिक या सार्वजनिक किम्बा किसी अन्य छोटे-निर्धनवादीय कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

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/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उनके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दार, याचक/या दूरारे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगुली के छाप से करने के लिए "कोशिका कारागारों" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि ग्राह्यता में उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को समझाया या अंगुली का निशान



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:

- (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.

इससे अधिकतर, इसकाबरी को ओर से मापले/छेनी को "कोशिका फाइब्रेशन" से विधिप मापलेप हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसकाबरी) पिम प्रकार से मापे व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व तो चॉलियन और व हो चॉलियन में मिलित सहायता किसी पैर साफ़ारी संग्रहण या किसी अन्य स्कोर से उठाए लेगी/पावले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से मिश्रीश्री/मिस्त्री उक्त के सम्बन्ध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अशिक्षा/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अग्रगत किसी अन्य पैर साफ़ारी संग्रह या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अग्रगत द्वितीय मदर उक्त लेगी/पावले हेतु किसी पैर साफ़ारी संग्रह या किसी अन्य संग्रह से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाइब्रोस्ट" से तीं गई महापद्म कोशल विविध प्रकृति की है। सेरी पर हम्पटल द्वारा तीं गई सलह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनराव सेरी एवं हम्पटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइब्रोस्ट" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाज नहीं है। इसलिये हम्पटल में सेरी के हलाय मुक्त और जाने जाने की सरी जिम्मेदारी सेरी एवं हम्पटल की सेरी और "कोशिका" की कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

alt. 1. *deschmiedti* n.

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thirumangal Road, Miller Tank, Badli Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar

MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant Plastic & Refractive

KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३