



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेटर का घोषणा क्रमः

- 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.
  - 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.
  - 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 पोल्यु कार्ड द्वारा दिए दिए गये हमी विवरण ये हैं जिनका ही को अनुसार सत्य हर्ता सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन झांसा लगा है तो ये ही सहायता दिया जाना है। जो सही है।

2) गोपनीय जी गवाहता की "कांसिना कार्ड-बोर्ड", से भी आ चुके हैं, उसका उपरोक्त उपरोक्त की गृहीत को दिये विवरण बारेमें, जो दूसरा प्रकार मैं पढ़ सकता हूँ।

3) मैं पुराने कार्ड द्वारा दिए गये विवरण की ओर से, जो रक्षा वा अन्तिकार वा उपरान्त दिया गया विवरण अस्तित्व की सेवा के लिए है और उसी की परिभ्रमा में दौड़ा

**AGREEMENT BY APPLICANT (check one box)**

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रगति पर अपने समाजकार या गोंदें की ओर ताकमर, में (अपेक्षक) अपनी सहायता की पूरी बदल हुई एवं "कोलोनियल फाउंडेशन और उत्तरों नामों" की ओर अधिकृत करता है कि ऐसे वासी, पापा, पाटों और जो किसी दूसरे दूसरे में खोया है, उसे "कोलोनियल" दृष्टि, न्यासी, दाता, पापकाला दूसरे दृष्टिशैल से गुणी कोलोनियल और उपकालिक्य के लिये किसी भी इसका मान्यता में प्रश्नावाल करने के लिए अधिकृत है। ऐसे इनका जो विवरण ऐसी है कि वह या वह ये करने के लिए "कोलोनियल फाउंडेशन" व जबकी अधिकृत है।
- 2) गे (अपेक्षक) इस बात से सहजत है कि ऐसे वासी, पापा, पाटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है गुणी रूप; सहायता का एकमात्र जबकी मनका इस समीक्षा में "कॉलोनी" वाला राजनीतिकीय का विवरण अधिकृत और अवधारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



(*Ranunculus*)

AGREEMENT by HOSPITAL (SIGN THE LINE)

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.

- 1) यह फिर न हो रहीयां और न हो विविध में विविध सहायता कीसे ऐं ताकीटी संस्करण या किसी अन्य स्रोत से उक्त एवं/एवजाती ने लें था ले दी है, तो वे जो हमने “कांगड़िया चाटान्डेशन” में सिफारिश/विविध उक्त के साथ गे “कांगड़िया चाटान्डेशन” द्वारा बदल हुए नि है। यदि “कांगड़िया चाटान्डेशन” द्वारा सहायता दिया गया तो उक्त संस्करण द्वारा बदल नहीं किया जाता है तो अस्यात विस्तीर्ण ऐसा ऐसा कि किसी अन्य संस्करण से भवाया तो वा अधिनियम युक्ति प्राप्त है। इस पृष्ठ में स्वरूप कहा जाता है कि अस्यात द्वितीय प्रथा इस ऐसी/एवजी है तो विषयी
  - 2) “कांगड़िया चाटान्डेशन” से लोग नहीं सहायता कीका विविध प्रकृति ले हैं। ऐसी जो हस्तक्षण द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया या चुनौती दी गई एवं हस्तक्षण के लोग वह विषय है और “कांगड़िया चाटान्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्तक्षण में ऐसी जो उत्तम दूसरा और जाने वाले की साथी विविधों दी गई एवं हस्तक्षण नहीं है और “कांगड़िया” जी के द्वारा जो विवेकानन्द जी का नाम है वो उनी हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery अंगीकार की तिथि	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dr. Shubha Mehta</b> (Name & DRG & Regn. No. with Stamp) Shroff Eye Centre (A Unit of Hospital)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dr. V.P. Thakral</b> MediNash (Designation & Stamp of Authorised Signatory) SHROFF EYE CENTRE (Name of Hospital) A-9, Kali Bhawan, Chhatrapur, New Delhi - 110026 अधिकृत अधिकारी
(01/08/18)		

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

• 300 •

Dr. V.P. Thakrat

**MedNets Designation & Stamp of Authorised Signatory**

SHROFF EYE CENTER (of Hospital)

A-9, Kailash Complex, अधिकारी

New Delhi-110-049

## आन्तरिक उपकरण तथा

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी रक्षणा १

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

*Safayyid*

*[Signature]*