

DECLARATION by APPLICANT

- 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 प्रेक्षण कार्यक्रम में दिए गए विवरण में सभी जानकारी व अनुसृत तथा एवं चली है। यह कार्यक्रम एवं उपलब्ध जागरूकता व ले लेने वाली फीस की जानकारी है।
 2) मैं इस कार्यक्रम की "जीवितकाल वित्तीय स्थिति", में सभी बदलावों की जानकारी व अनुसृत तथा एवं चली है। उपलब्ध जागरूकता व ले लेने वाली फीस की जानकारी व अनुसृत तथा एवं चली है।
 3) मैं पूर्ण कार्यक्रम में दिए गए विवरण में सभी जानकारी व अनुसृत तथा एवं चली है। यह कार्यक्रम व ले लेने वाली फीस की जानकारी है।

AGREEMENT by APPLICANT (with or w/o)

- 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 donation. 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) यह प्राप्त पारा अपने समाज के लोगों की पारा गतिकर, मैं (अप्पेटेक) अपनी सहायता की उपर्युक्त काम है एवं "कोशिका चालांडर" और इसके नामीय "कोशिका चालांडर" का अधिकृत काम है कि यह परा, परा, खोले और जी विषय का एवं प्राप्त में वापर है, उसके "कोशिका" नाम, दास, वाक्यात्मा एवं उसके उद्देश्य में कुछी विशेषित और उत्तमिति के लिये विदेशी भी प्राप्त चालाना एवं प्राप्ति करने के लिये अधिकृत है। यो प्राप्त का विषय की इच्छा के पासे का काम ने काम के लिये "कोशिका चालांडर" के नामी अधिकृत है।

2) मैं (अप्पेटेक) यह काम से बदल दूँ कि मैं परा, परा, खोले और विषय की कि समाज के उद्देश्य में उपर्युक्त है मुझे नहीं, समाज का इच्छात की बाबत। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीय का विदेशी भीषण और अवश्यकीय है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEGIBLE THUMB IMPRESSION

卷之三



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL STAMP)

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.

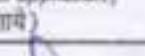
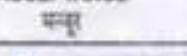
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

गुरु अद्वैत, गुरुभी की जीवन से निपटना यह है “विद्वान् विद्वान्” जो बहुत सर्वो विद्वान् है तो उसका जीवन एक विद्वान् जीवन है।

- 1) यह फि के लो बोलना और न ही भविष्य में विशिष्ट सामग्री किसी भी साक्षाती भविष्यत पर किसी अन्य रूप से उसके उल्लेखनमयों में लिखे जा रहे हैं, ऐसे फि इनमें "बोलिया चाहावेंद्री" में विशिष्टताविवरित उपर के सम्बन्ध में "बोलिया चाहावेंद्री" द्वारा लिखा हुआ है। और "बोलिया चाहावेंद्री" द्वारा वापस लिखी गयीसिद्धांत से हुए एक और एक विशिष्ट जात है जो सामग्री के अन्य रूप से साक्षाती सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में प्रदर्शित होने का अधिकार मुख्यतः रखता है। इस दृष्टि में सर्व यह जात है कि सामग्री उल्लेखन करते उल्लेखनमयों से हुए लिखित की

- ² "विद्युत वाहनों" में एक एक सामान्य वाहन विविध वर्गों की है। यहाँ एक सामान्य वाहन की एक विशेष विविध वाहनों का वर्णन किया जाता है।

जैसे कि यह है कि "कर्तिका चारानंदरा" द्वारा बिली खारा का बोर्ड रखा गया है। इसलिए इनमें में से कोई को इनका सुनहरा और जारी जारी को यही नियमित होते हैं कि इनमें

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संलग्निति (स्वीकृत/निरस्त का विकास होगाये) | ACCEPTANCE मंजूरी | REJECTION नकारा |
|--|---|--------------------|
| Date of Surgery सर्जिशन की तारीख 08.08.18  Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 5097 Sushma Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) |  Dr. Biplab Kumar Bagchi Director Sushma Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) | |

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषिका फूंड

| SANCTIONED कानूनी | REJECTED कानूना | SIGNATURE of TRUSTEE 1 कानौनी इस्तेवा । | SIGNATURE of TRUSTEE 2 कानौनी इस्तेवा 2 |
|----------------------|--------------------|---|---|
| | |  |  |