

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोक्षण पत्र:

- 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 प्रेस्तर करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये विवरण बेहों जानकारी के अनुसार सत्य एवं यथो हैं। चाहे कोई विवरण सर्व कल्पन अवश्य पता जाता है तो उसे संबोधित निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृष्टि को सहायता योगी "लीफल फॉलोव-अप्स", ऐसी जा सकती है, जिसका उपयोग असी डिरेक्ट योग्यता की लिये विभिन्न वर्गों, जो इस प्राप्ति में घटा गया है।

3) मैं पूर्ण रूप से इस प्राप्ति को अद्वितीय एवं अविश्वासीय बताता हूँ कि वे ने यह लिया है और वे को भविता में भीता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करते)

- 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 fulfilment 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 प्रकार पर अपने संकेत या अंकों की घोषणा करने, में (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्ट करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके लक्षणों" को अधिकृत घोषा करता है कि ये वाच्य, पत्र, फोटो और नोटिसलग इस प्रयोग में प्रयोगित हैं, तभी "कोशिका" एवं न्यासी, राम, वाराणसी इत्यादि अनुदेश से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये जानेवाले भी प्रस्तुत याचन्य से उपलब्ध करने के लिए अधिकृत हैं तो इनका जा विकाल ऐसे हालात के बदले या बदले या बदले या बदले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) ये (आवेदक) इस घोषणा के समरूप है कि ये वाच्य, पत्र, फोटो और विवरण लिए कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है भूते स्वरूप: सहायता या दक्षता। इस सम्बोध में "प्राप्ति" शब्द का अर्थ उपलब्धियों का विवरण अथवा उपलब्धियों को प्राप्त करना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जानकी है राजा का अंदेरा का लिपि

~~H 24 H 24~~

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshiks 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.

इसके अधिकारी, संसदीय कोर्ट और उनमें विद्युतीयों को "वैज्ञानिक वाचन-शैक्षणिक" में विद्यमान होने विभिन्न भौतिकी एवं जलवाया (हस्तक्रान्ति) नियन इनकर से गमन या स्वेच्छाकार करने के।

- 1) यह कि न तो बहुमत थी न ही वर्षिक में विभिन्न सामग्री किसी ये सरकारी संस्थान या किसी जन्य संस्था से उसे देखा पायते ये लोग वे होंगे जो ऐसे कि इनमें "कोलिना फाउन्डेशन" और लिंगारियनिंग इन्स के नवपत्र ये "कोलिना फाउन्डेशन" द्वारा भरत देते हैं। यदि "कोलिना फाउन्डेशन" द्वारा सामग्री निहित अधिक सबल और मन्दू नहीं किया जाता है तो उसका अधिक अन्य गैर सरकारी संस्था ये किसी अन्य समाजिक सेवा का अधिकार गुणिता रखता है। इस पूर्व में यह जाता है कि असाधा द्वितीय वरद उन्हें देखा पाये देते हैं।

2. "कोलिना फाउन्डेशन" से तो गई यात्रा के बाद विभिन्न प्रकृति की है। ये गो भर हस्तात द्वारा ये चर्द सामग्री या जिन्हे जैव उपचारक्रिया का भुगतान दी गई एवं उत्पाद है और "कोलिना फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का सोर्ट रखने नहीं है। (यात्रियों द्वारा उत्पाद में योगी के इन्हें सुन्दर और ज़रूर जारी की जानी योगी एवं हस्तात की दीरी और "प्रोटोकॉल" की दीरी जानकारी या विभिन्नीय रूप सामग्री में भी होती)

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संवेदनशील

Date of Surgery अंपेता की तारीख	 Dr. Shubha Mehta DMC No. 84793 Surgeon (Name of Dr & Regn. No. with Stamp) Dr. Shubha Mehta डॉ. शुभा मेहता नं. ८४७९३	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHROFF EYE CENTRE (In-charge of Hospital) A-9, Kaliastri Colony स्ट्रीलॉनी अधिकृत अधिकारी New Delhi - 110 048
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

A-9. 大吉岭茶
Darjeeling Tea

অসম জৰাম বি.

FORMATIVE ASSESSMENT

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राचीन राजाम् ।

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ચ્યાર્ટ્ એન્ઝિનીયર 2

Eric B