



**DECLARATION by APPLICANT:** અર્પણક દ્વારા ખોલ્યું ચારુ:

- 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 available 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 योरण करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ये ही वास्तविकी के अनुसार सत्त्व तरीके हैं। यदि कोई विवरण एवं कामना सत्त्व तरीके हैं तो ये सहायता निवारण की जगह मार्फत हैं।

2) यो द्वारा यो सहायता यह "कोशिका प्राप्तिवाचक", से ली गयी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विषय जारीएवं, यो इस प्राप्ति में उपयोग है।

3) मैं पुरुष करता हूँ कि यह सहायता केवल योग्यता की भाँति है, उस दृष्टि का वाचिक एवं सकारात्मक उद्देश्य से न हो रिक्त है और वही वाचिक न हो देता।

**AGREEMENT by APPLICANT (અર્પણ દ્વારા)**

- 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 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.

- १) इस प्रत्यक्ष जरुरते हमारा यह अंगठी की साथ लागता, मैं (अवैदेत) अपनी राहमटी की तुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका चाटडैटेन और उसके नवासीयों" को अधिकृत जाहू दें कि ये एक जात, जात, भोजी और जो विवरण इस प्रकार में पोषित है, उसे "कांसीका" बताएं, याहू, याहू, याहू। उद्देश्य में यही गतिविधियों और उत्तमियों के लिये किसी भी ज्ञात भव्यता में प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। ऐसे प्रत्यक्ष वार प्रियतम ने इत्याव दो लालों पर बाद में करने के लिए "कोशिका चाटडैटेन" य नवासी अधिकृत है।
  - २) मैं (अवैदेत) इस वार से लागत हूँ कि मैंने जल, जल, भोजी और प्रियतम जी कि सामाजिक उद्देश्यों में अधिकृत हूँ युद्ध याहू; सामाजिक वा इकाया वा बनाता। इस गत्यों में "कांसीका" एवं उसके नवासीयों का निर्विव अंतिम और यापनकरी होए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधेशक के इन्द्रांश या अंगृही वा गिरजा

DharmPuri  
R+H.

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पिताल द्वारा)**

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.

हामरे अधिकृत, हायाकारी की ओर से प्राप्तोंहेतु को "कौशिक पठन-वैदेश" से विदेश साकारा हेतु विभिन्न की जाती है, जिसे हाल (हायप्टला) गिर्य प्रथम से मान्य ब विकास कहते हैं। १) यह कि न हो वर्तमान और न हो विभिन्न ने विभिन्न साकारा कियाहै गैर साकारी संस्कृत या किसी अन्य इष्ट हो कर उन्हेंयापन्ते में होने वाले या से छो है, ऐसे कि हमने "कौशिक पठन-वैदेश" से विभिन्नता विभिन्न इकाए के साथ में "कौशिक पठन-वैदेश" ह्या चरण हेतु कि है। यदि "कौशिक पठन-वैदेश" ह्या साकारा विभिन्न विभिन्नताकालक बेतु नहु तो किय चाह है कि अन्य किसी अन्य और साकारी संस्कृत या किसी अन्य सम्बन्ध में व्यवस्था नहीं या अधिकारा शुरू करता है। इस घटन में स्पष्ट कहा चाह है कि अस्तित्व विभिन्न चरण उक्त इकाए एवं विभिन्नते हेतु विभिन्न गैर साकारी संस्कृत या किसी अन्य संस्कृत हो नहीं संभवहोगी।

२. "पर्सियन चलांडर" से लो वै चलांडर दोहरा विविध प्रकृति की है। लो भा इच्छात द्वारा ये वै चलांडर या किये गए उपचाराब्जेक्ट्स का सुनाव एवं ऐसे इच्छात के बीच या विषय है और "पर्सियन चलांडर" द्वारा किये गए या किये गए चलांडर नहीं है। इच्छाते इच्छात में लोहे के इच्छात सुनाव और अपने बातों की विवेदी लोहे "कांडिका" लोहे लोहे सुनिश्च या विवेदी हाथ आपनों ने नहीं लोहे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery  
अंतिम रुक्त कार्यक्रम

**Dr. Dharm Singh**  
(Name of Ophthalmologist)  
**D.S. (OPHTHAL)**  
Reg. No. 028034

**MASSEY**  
(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)  
**AUSTIN STRATFORD**  
on behalf of **Massy's Ltd.**  
**Dr Stratford** **Editor** **Massy street**

Reg. No. - 5  
FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

卷之三

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नवाज़ी फलकर 2

Safary

John