

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 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 reversion/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 घोषणा करता हूँ कि इस आवाद में दिये गये विवरण मेरी जानकारी के सुनुचा रूप से नहीं है; यदि कोई विवरण ऐसा जानकारी का रूप से नहीं है।
- 2) मैं इस जै स्थान पर "कोशिका प्राप्तिकरण", मेरी जै स्थान पर भूमि के दिले विवरण दिया, जो इस आवाद में दिया गया है।
- 3) मैं युक्त करता हूँ कि कोई और स्रोत से यह जाहिर की गई है, तब उसी का घोषणा करना चाहिए। यह जाहिर करना आवाद की जानकारी के रूप से नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा)

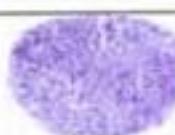
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस आवाद पर अप्लिकेशन के अंतर्गत की जान लाभार, मैं (अप्लिकेशन) अपनी जाहिर की युक्त करता हूँ कि "कोशिका प्राप्तिकरण और उसके नवीनीयता" को अधिकृत करता हूँ कि मैं का, यह, खोलो और यह विवरण इस आवाद में दिया गया है, यह "कोशिका" एवं नवीनीयता, एवं, यह काम एवं उसके उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के दिले दिया गया जानकारी के अंतर्गत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस आवाद में जाहिर करता हूँ कि मैं यह एवं, यह, खोलो और यह विवरण एवं यह जाहिर के उद्देश्यों से अतिरिक्त है युक्त नहीं; यह काम का उद्देश्य यह जाहिर के "कोशिका" एवं उसके नवीनीयता का विस्तृत अधिकृत और अधिकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के अंतर्गत का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

यह अधिकृत, उपरोक्त की जौ में जाहिर/यूक्ती को "कोशिका प्राप्तिकरण" से दिले जानकारी युक्त विवरण की जाती है, यह इन (हास्पिटल) विवरण के बाहर के अन्य काम के अंतर्गत नहीं है।

- 1) यह यह कि न हो अधिकृत और न हो यूक्ती में दिले जानकारी जानकारी का विवरण अन्य स्रोत से जान देंगेन्हाँसे में दिये गए हैं, यह मैं इन "कोशिका प्राप्तिकरण" के दिले/यूक्ती इस के अन्य में जाहिर के "कोशिका प्राप्तिकरण" द्वारा याद नहीं किया है; यह "कोशिका प्राप्तिकरण" द्वारा जानकारी युक्त विवरण विवरण अधिकृत जानकारी से युक्त नहीं की जानकारी है जो जानकारी अन्य दिले जानकारी जानकारी का विवरण अन्य जानकारी से युक्त नहीं होती।

2. "कोशिका प्राप्तिकरण" से ली गई जानकारी अधिकृत विवरण नहीं होती है। यहीं पर इसका द्वारा यह दिले गये उपलब्ध/दिले का युक्त देंडे एवं इसका

के स्रोत का विवर है और "कोशिका प्राप्तिकरण" द्वारा दिले गया का कोई अन्य नहीं है। इसीलिए इसका मैं दिये गए इसका युक्त नहीं करता जो यहीं दिले गये "कोशिका" की योग्य यूक्ती का विवरण होती है।

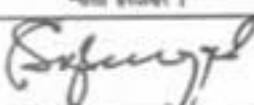
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम जै स्थान 12-01-2018	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCR Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Regn. No./With Stamp) Sankt Eye Hospital संस्कृत आयुर्वेद और चिकित्सा का नाम का हास्पिटल का नंबर ५	 Chiribib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम एवं उपलब्ध अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जानकारीकरण है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवीनीयता 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवीनीयता 2

