

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वप्रथम सर्वप्रकारे पत्र

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 & original documents 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 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, etc., for which this assistance is requested.

- [illegible]

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या चापते को स्वयं साबित करें, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि ये प्रश्न, पत्र, चोटों और विचार इस प्रश्न में पोषित हैं, जो "कोशिका" एवम् न्यायी, दूर, वास्तविक दुर्लभ संस्करण से जुड़ी सीधे-सीधे और अप्रत्यक्ष के तहत किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विचार मैं हस्त के चपते या चपट से करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से साबित हूँ कि ये प्रश्न, पत्र, चोटों और विचार जो कि साक्ष्य के उद्देश्यों से प्रेषित हैं जुड़े साथ; साक्ष्य का इकट्ठा नहीं करता। इन सम्पत्तियों में "कोशिका" एवम् उसके न्यायी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टा के इलाका या जंगल का निजाम

AGREEMENT by HOSPITAL. (NURSE DO WORK)

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हस्ताक्षर की ओर से गणतंत्रिय की "कोशिका कार्टून" को मिलान साहसिक है। निम्नलिखित की कृपया है, जिसे हम (अपवाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिकृत, इस्तेमाल की और से साबरीदेवी की "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले साक्ष्य हेतु निम्नलिखित का जवाब है, जिन पर (अपवाद) अन्य प्रमाणों के अभाव में हमें मानना पड़ा है कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सही ढंग से बताया और न ही अधिकृत ने मिली साक्ष्य कि किसी भी साबरी संस्था का किसी अन्य संगठन से उच्च स्तर पर संबंधों में होने का होना है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालयी उच्च के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य कि किसी कोशिका फाउन्डेशन हेतु मर रहे हैं कि जहां है तो अपवाद से किसी अन्य भी साबरी संस्था का किसी अन्य संगठन से साक्ष्य होने का अधिकृत प्रमाणित करता है। इस प्रमाण में स्पष्ट नहीं है कि अपवाद मिले मर उच्च स्तर पर संबंधों हेतु किसी भी साबरी संस्था का किसी अन्य संगठन से नहीं संबंधित है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में हो गई साक्ष्य केवल मिले प्रमाणित की है। रोनी पर हमारा द्वारा हो गई साक्ष्य का जिन पर अपवाद प्रमाणित का प्रमाण होने एवं हमारा से होना का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उच्च का कोई दायर नहीं है। हमारे इस्तेमाल में होने के प्रमाण प्रमाण और अन्य जिन की सही जानकारी है कि हमारे को होनी और "कोशिका" की कोई प्रमाण का विवरण इस मामले में नहीं होनी।
- C-Dr. Shroff's Eye Centre

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. PRIYA AGRAWAL

MC No. 58417

Sign.

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

कायदा का मुद्दा व हाताक्षर व सवि. न.

(Name, Designation & Stamp of Physician on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

2. 5

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यूसी राजाधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षेप 2