

DECLARATION by APPLICANT: अर्पेक्षक द्वारा घोषणा करा:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार मेरे दिये गए बचपन मेरी जरूरती के लिए जगता था ऐसा ही है। परे कोई विवरण ऐसा कथा असत्त या भला है तो मेरी सहायता निम्न बोध सम्भव है।
- 2) मेरा जी सहायता गरी "कोशिका फाउंडेशन", से तो जा रहा है, उसका उद्देश्य उसी उद्देश्य की भूमि के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रकार मेरा चाहा है।
- 3) मैं पुराना काल से किया जायेगा है कि यह प्रार्थना की गई है, उस एक जा आशिक या अकस विश्वा किसी अन्य संस्थानीयों/बेटा कम्पनी से न जाएगा है और न ही परिवर्त्य में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पेक्षक द्वारा करा)

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 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 प्रथम या अपने हस्ताक्षर या अंगठे की ताक आवश्यक, वै (अर्पेक्षक) जापानी लागती की पुरानी जाता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके सहायी" को अधिकृत जाता है जिसे नाम, जाता, फोटो और जो विवरण इस प्रथम मेरी दिया है, उसे "कोशिका" एवं नामांक, रजन, सम्बन्ध दूता, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रशंसन योग्यता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम या विवरण मेरे इतने बड़े जात मेरे जात के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या याते अधिकृत है।

2) मैं (अर्पेक्षक) इस जात मेरे सहमत हूँ कि मेरा नाम, जात, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के प्रतिवेदन मेरी जात है जो लागत का हमकर नहीं बनता। इस सम्बंध मेरे "कोशिका" एवं उसके अधिकृतों का नियम अनुसिं और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पेक्षक की हस्ताक्षर या अंगठे का विवरण

Gaurav Mehta

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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

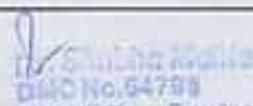
हमने अपेक्षक, हस्ताक्षर की ओर से अन्यसे/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवेम लागत है कि जातों है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य बोध करते हैं।

1) यह कि वे तो बहीयन और न ही विवरण मेरी जापानी लागत की अन्य लागत मेरे बड़े योगी/योग्यता मेरे लिए या से दें हैं, ये जिसे हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवेमरित/उन्नत के सम्बन्ध मेरे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हुए है। परे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जापानी विवरण उत्तरायोगी जात के लिए जाता है तो अस्ताक्षर की अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से जापानी लागत का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस तृष्णा मेरे सरकार या उपराज्यकारी से जापानी लागत को लागत से नहीं लागत से होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो गई जापानी लागत की विवरण प्रदृष्टि की है। योगी या हस्ताक्षर द्वारा ही गई उपलब्धकारी का युक्त योगी एवं इसका से जोन का नियम है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दरबार नहीं है। इसापिंये इसका से जोगी के इतने तुराता और जाने जाने की सरी विवेमरी होनी एवं इसका को हुणों और "कोशिका" की कोई खुमिका या जिम्मेदारी इस लागत मेरे नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

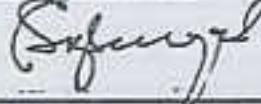
Date of Surgery अपेक्षक की तरीक 17/5/19	 Dr. V.P. Thakral Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CEE (on behalf of Hospital) A-9, Kalleen Dham Road, हस्ताक्षर अधिकारी New Delhi 110044
---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जानकारी उपलब्ध है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जापानी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

जापानी हस्ताक्षर 2

