

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करना:

- 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 धौरण करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसे जाकराएं कि अनुदान भल्कु एवं सही है। परं कोई विवरण एवं कथन असत्य या चाला है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।
 - 2) मैं इस बात को सहमत दिया "कोशिका फाउंडेशन", से जो का रहता है, उसका उपचयन उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया है।
 - 3) मैं यूंदि करता हूं कि विवरण सहमत हैं, यह प्राप्ति को गई है, उस दृष्टि का अधिक या सहज दिया किया जावे और नियोजित/वीक्षण कम्मी जो न हो दिया है और जहाँ परिवर्तन में हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करना)

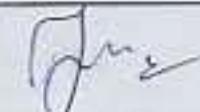
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रकाश द्वारा अनुदान की जान लागत, वे (अप्पेलेंट) अपनी सहमति को दिया जाता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके यासीर्वे को अधिकृत करता हूं कि ऐसे नाम, पता, फोटो और यो विवरण इस प्रकाश में दीपित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, वा, जावेकाना दूसरे उद्देश्य में जुटी योग्यिताओं और उपलब्धियों के लिये कियो भी जाएगा या व्यापक में प्राप्ति करने के लिए संघर्षित है। यो व्यापक का विवरण मेरे इतने के जल्दी या बदल में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस कारोबार सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्राप्ति है मुझे नहीं, सहायता का हक्कार जो बनता, इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी को नियंत्रण और कानूनी द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के इसकारा या अंगूठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

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.

इसको अधिकृत, हस्पताल को द्वारा दीपित सहायता के लिये उपलब्ध करायी जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न त्रैत्र द्वारा दीप्त सहायता करता है।

1) यह कि न यो विवरण नीति व न हो अधिकृत में दीपित सहायता कियी गई जाकराए संबंधित या जिसी अन्य रूप से इस दीपित में दीपित या न हो है, वेरो जि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से लिया गया विवरण उस के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दीप्त होना कि है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिया जानी वाली अधिकृत है तो सहायता दीपित नहीं किया जाता है तो असत्य दिया जानी वाली अधिकृत है। सहायता के लिये जावेकाना या व्यापक या अन्य सहायता दीपित नहीं किया जाना चाहिए। इस यूंदि में स्वयं यह कहा जाता है कि असत्य दिया गया उसके उपरांत उसकी दीपित नहीं किया जाना चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो यह सहायता अंकत दीपित की है, योगी या दीप्त सहायता का योगी या दीप्त सहायता के बीच या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दीपित का कोई दर्शक नहीं है। इसलिये इसकार में योगी के दीप्त सहायता और जाने जाने को सही विमेंद्री होने एवं इसकार की होने और "कोशिका" को कोई योगी या विमेंद्री इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वाक्षरता के लिये संस्कृति

Date of Surgery
अंगोरण की तारीख

25/5/19

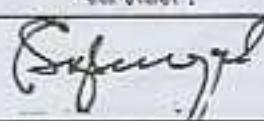
Dr. Chaitanya Kulkarni
D.M.C No. 64793
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Dr. Chaitanya Kulkarni का नाम व हस्पताल व ईरि. २

Dr. V.P. Thakral
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
SHROFF EYE CENTRE
on behalf of Hospital)
A-9, Kailash Colony, Lajpat Nagar, New Delhi 110024
अधिकृत अधिकारी का नाम व हस्पताल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ग्राहक उपरोक्त हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्पताल ।SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्पताल ।