



**DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा पत्रः**

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गये सहायता के अनुसार साध्य एवं सही है। नहीं कोई विवरण एवं काम असाध्य साधा जाता है तो उसी सहायता किसी की जा सकती है।
- 2) मेरे पास वो सहायता यहीं "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा चो है, उसका उपलब्ध बदले कोई कोई किसी लिखे विषय जारी नहीं है एवं इस प्राप्ति में उपलब्ध नहीं है।
- 3) मैं यूटिट करता हूं कि यह सहायता ही यह प्राप्ति को गई है, उस परि कि अधिक या सही विवरण किसी भी अन्य स्थानोंनेकर्त्तव्यमा कर्मचारी से न ले लिया है और न ही अन्यमा मैं दूसरा

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पिकेंट द्वारा करार)**

- 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 प्राप्ति पर, अपने इस्तमात्र का अंगठी की जान लगाकर, मैं (अप्पिकेंट) अपनी सहायता को यूटिट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, छोटे और जो विवरण इस प्राप्ति में लिखिये हैं, उसे "कोशिका" एवं नामों, दाता, सहायता के दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी अन्य प्राप्ति वरने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इस्तमात्र के पहले या बाद, मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पिकेंट) इस बात से सहमत हूं कि ये नाम, पता, छोटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी हैं, यूटिट सहायता का इकानाम नहीं बनाता। इस समर्थन में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातों भी निर्णय अधिकृत और अनुमतिहारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पिकेंट की इस्तमात्र का अंगूठे का लिखान

**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तमात्र द्वारा करार)**

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.

हमारे अधिकृत, इस्तमात्र की ओर से यामर्दीर्थी को "कोशिका फाउंडेशन" से लिखिय सहायता हेतु विभागीय की जाती है, जिसे हम (इस्तमात्र) इस प्रकार से यान व स्वीकार करते हैं।

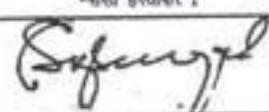
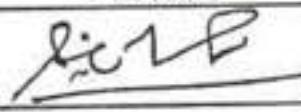
- 1) यह कि न से बहुत अधौरे न ही अधिकृत में लिखिय सहायता किसी ऐसे सारांशी संबंधित या लिखी अन्य स्तरों से उक्त संस्थायांमें से लिखे या से लिखे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से लिखियां लिखियां उक्त को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हेतु किया है। नहीं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता लिखिय गतिविधियां उक्त संस्था नहीं लिखा जाता है तो अन्यान्य लिखी अन्य और यामर्दीर्थी या लिखी अन्य प्राप्ति से सहायता संस्था का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस यूटिट में स्वयं बदल उक्त यामर्दीर्थी को देता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से रीती नई सहायता संस्था लिखिय प्रदूषित की है। उसी पर इस्तमात्र द्वारा ही नई सहायता का लिखे गये उपलब्ध/प्रक्रिया का यूटिट दोनों एवं इस्तमात्र के दोनों का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा लिखी गयी कार्य का कोई बदल नहीं है। इसलिये इस्तमात्र में दोनों को इस्तमात्र सुनिश्चित हेतु लिखोएंहोंटे हेतु एवं इस्तमात्र की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या लिखेदूही इस समर्थन में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगूठी की तारीख  22/5/19	 Dr. Alok Agrawal MS, MD(Eye)FMRCR (Name of Dr. & Regt. No. With Stamp) दाता का नाम व हस्ताक्षर के रुपैये हैं	Sankar Bagchi Director, Surgery & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्तमात्र अधिकृत अधिकारी
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  
---	--