

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 आवेदक करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसे जानकारी के अनुसार सच्च एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन आपत्ति प्राप्त करता है तो मैंने सहायता दिलाकर की जा सकती है।
 - 2) मैं इस को समझता हूं कि "कोशिका पाइलार्सन", मेरी जो जीती है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की गृहीत के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की ओर है, उसी रूप से विशेष या सामान दिलाकर किसी अन्य स्रोतसे नियोजित करने से न तो बिल्कुल है और न ही विशेष न है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने डस्टकार को अंगूठे की जारी सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका पाइलार्सन और उसके नामांकनों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, जात, घोटाले और जो विवरण इस प्राप्ति में दी गयी है, उसे "कोशिका" एवं नामांकन, दान, याकानाव तूंगों डर्टेशन से जुड़ी विविधताओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रधार सहायता से प्रसिद्ध करते हैं एवं विश्वासहृद हैं। मैं इसका विवरण भी इसके को पढ़ते या बाद में करने के लिये "कोशिका पाइलार्सन" व नामांकन अधिकृत हैं।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हूं कि ये नाम, जात, घोटाले और विवरण जो कि सहायता के डर्टेशनों से प्राप्ति है मुझे सहतः सहायता का हक्कान जीता जाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकनों का विवरण अधिकृत और सहायताकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निराम

AGREEMENT by HOSPITAL (इन्स्टीलूट द्वारा करता)

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:

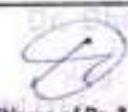
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

- हाँ। अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/अंगूठे को "कोशिका पाइलार्सन" को विवर सहायता हेतु विश्वासहृद की जाती है, जिसे इस (इन्स्टीलूट) निन प्रबन्ध से यथा या स्वीकार करते हैं।
- 1) यदि कि न तो सर्वानन्द और न ही अधिकृत में दी गयी सहायता किसी भी रूपकारी संस्करण या फिरी अन्य स्रोत से उक्त घोटालाकरणों में संग्रह या से गहे हैं, तो जो कि इसको "कोशिका पाइलार्सन" से विवरित/विविहित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाइलार्सन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोशिका पाइलार्सन" द्वारा सहायता विविहित अधिकृत/संस्करण हेतु यन्का जीता जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता/अंगूठे का विवर सहायता से सहायता स्रोतों का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्वाक्षर करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदान उक्त स्रोतों/सामग्री से होता है।
 2. "कोशिका पाइलार्सन" से वही गई सहायता के बावजूद यह विवरण यह विवरण यह सहायता के बावजूद यह विवरण है कि "कोशिका पाइलार्सन" द्वारा किसी भी रूपकारी कोई उपर्योग नहीं होता है। इसलिये हस्ताक्षर में होती है इसका सुझाव और जाने जाने को सही विवेदित होते हैं एवं हस्ताक्षर भी होते हैं और "कोशिका" को खोजने परीक्षण का विवरण यह विवेदित हस्ताक्षर में नहीं होते हैं।

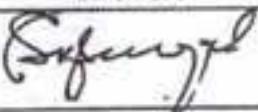
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए, संमतुति**

Smt. Sushma Bagchi
Director

Netra Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व उपाधि अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगूठे की तारीख 15/06/10	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजिस्ट्रेशन नं.	अन्वेषक उपर्योग हेतु
---	--	-----------------------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

