

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या ख़तरा है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैं चाहता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, इस दवा का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लिया है और नहीं भविष्य में लूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/post-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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, प्रचार/प्रचार हेतु इत्यादि में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण में प्रत्येक के पक्षों या पक्षों में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतज़ार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर इसके निर्णयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर/हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/हस्ताक्षर को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पदार्थ हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय पदार्थ उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारे पास द्वारा ले मैं सहायता या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे पास के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारे पास में रोगी के हस्तगत सुरक्षा और अपने काम की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हमारे पास को होती है और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/19	 Dr. Rachel Joseph (Name of Dr. & Regd. No. of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्पताल नं. 35457	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर, पद और हस्ताक्षर/हस्ताक्षर
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक प्रयोग हेतु
Jans Eye Hospital Ward
C-10, 1st Road, Thane - 401 107

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2