

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत करे)

- 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 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य न माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता दिया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अंशिक या सफल विवरण किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत करे)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी छवि की छवि प्रदान करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा, मीडिया, दूर, संचारण द्वारा इत्यादि से मुझे प्रचारित करने और वित्तियन के लिये किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण के प्रकाशित करने का मतलब है कि "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग के लिये प्रयोग किया जा सकता है। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इत करे)

- 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तियन प्रसार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में सत्य प्रमाण है कि अगला वित्तियन मदद प्रदान की जा रही है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, उसका उपयोग केवल वित्तियन प्रयोजनों के लिये ही किया जा सकता है। हमें यह स्पष्ट करना है कि हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमें स्पष्ट करना है कि हमारे उपचार और हमारे मामले को सही दिशा में ले जाने के लिये "कोशिका" की कोई भी सहायता या वित्तियन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23.08.2019	Dr. Gaurav Singh MS Reg. MCI/10,57382 DR. Gaurav Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital नाम व पद/हस्ताक्षर/छाप
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--