



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा करें।

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूं कि इस प्रकार मैं दिये गये सभी विवरण पर्याप्त व्यक्तियों के अनुसार सच ऐसे नहीं हैं। मैंने कहीं विवरण एवं काम का आवश्यक बाहर नहीं है तो मैंने उसका विवरण की जगह भी दिया है।
- मेरे हाथ की जानकारी "कोशिका फाउंडेशन", जो होने वाली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए दिया जायेगा, जो इस प्रकार मैं भाव रखता है।
- मैं पूर्ण काम के लिए विवरण देता वह प्रक्रिया की गई है, जो दिया का अंतिम काम प्रकार का विवरण है जिसकी अन्य पौष्टिकीय व्यवस्था से न कर सकता है और न की विवरण में सूची दी गयी है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन करने वाले)

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 प्रकार मैं अप्लिकेशन को साथ देता हूं कि (अप्लिकेशन) मात्रे याचिकी की पूर्ति काम है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीनों" को अधिकृत काम है कि मेरे नाम, पता, छोटी और जो विवरण इस प्रकार मैं दीखा दूँ। उसे "कोशिका" एवं न्यायी, नाम, वाचाकान जूँ। उसीरूप मैं जुही याचिकीयर्थे और उपलब्धिर्थे के लिए किसी भी प्रकार व्यापक

में अधिकृत करने के लिए अनिवार्य है। मैंने प्रकार यह विवरण दी इसका को पहले वाले काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" पर न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अप्लिकेशन) इस तरह साकार हूं कि मेरे नाम, पता, छोटी और विवरण जो कि विवरण के उद्देश्यों में प्रयोग हैं जुही व्यापक व्यापक का इकाना जीव व्यापक। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीन का विवरण अंतिम और व्यापकताएँ होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अप्लिकेशन के वाचाका या छोटी का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इस्पाताल का काम)

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.

इसकी अधिकृत, इस्पाताल की ओर से मानाएँयोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण देता है, जिसे हम (इस्पाताल) विवरण के रूप में सौंकपा करते हैं।

1) यह कि यह अन्य और न हो अन्यथा मैं विवरण देता है, जो कोशिका फाउंडेशन को दीर्घ समय से उसके उद्देश्यों में सौंकपा करता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवरणीयर्थी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देता है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा व्यापक विवरण अंतिम व्यापकताका है और उन्होंने यह काम के लिए अपनी अन्य सम्बन्धित दीर्घ समय से विवरण दी है जो अधिकृत व्यापक है। इस पूर्ति के सम्बन्ध काम जाता है कि अन्यतर द्वितीय भूमि उक्त के लिए अन्य सम्बन्धित दीर्घ समय से विवरण दी है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं अन्य व्यापक विवरण दीर्घ समय से दी रखता हूं कि यह व्यापक विवरण का भूमि यही एवं इस्पाताल के खोर का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जिसी प्रकार का कार्य देता है। इसके द्वारा यह दीर्घ समय से विवरण दी रखता है कि यह व्यापक विवरण का भूमि यही एवं इस्पाताल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणीय इस समस्त में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

Dr. Nalinakshi Katre  
ट्रॉफिकी के लिए संस्कृति

Shib Sankar Bagchi  
Director

Date of Surgery अंतिम वाले दिन <i>7/9/19</i>	MBBS, DO, DNB Reg. No.-63729 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाकार का नाम व इस्पाताल का एवं न.
--	---

*Shib Sankar Bagchi*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद इस्पाताल अधिकारी अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी व्यापक ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी व्यापक ।

*S. Bagchi*

*S. Bagchi*