

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन खबरना पनः

- 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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कॉलिक फाउंडेशन", से सी या सी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पट्टा पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस उद्देश्य का आर्थिक या सामाजिक विकास किसी अन्य छोट-बड़े/व्यक्तिगत/औद्योगिक कम्पनी से न हो सके है और न ही यथार्थ में सृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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 required/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" एन्सु न्याता, पत्र, फायदा या दूसरे उद्देश्य से कुछी प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर और मेरे लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोविड है कुछी सभ्यता, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन्सु उसके न्यातियों का निर्णय अंतिम और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

આવેદનકર્તાએ જાહેરાતના પાંચ દિવસોમાં આપેલા સમયગાળામાં આપેલ સર્વિસના કોઈપણ અંગેની સમીક્ષા કરવાનો અધિકાર રાખેલો છે.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल से करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hoental) 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.

अपने अधिकार प्रभावशाली की ओर से मजबूत/पुष्ट की "बोशिया फायनेंस" से विविध सहायता हेतु शिफारिश की जाती है, बिना इन (हस्तक्षेप) विषय प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संज्ञा

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 17/7/19	Dr. Dhananjay G. MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाहाबाद Eye Foundation & Research Centre	Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहाबाद अक्षिभूत अस्पताल
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाहाबाद 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाहाबाद 2	
		