

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘ ਨਿਰਮਲਾ ਕੌਰ**

- 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 कतई नहीं कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कौशलिक परामर्श-डेटल", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतई नहीं कि भविष्य में किसी भी प्रकार से, इस राशि का कौशलिक या चिकित्सा विषय किसी अन्य प्रोवैडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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/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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाका या अंश के छान समझकर, मैं (अर्क्षक) अपनी छाया छापने को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मयारीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा मयारी, दान, सहायता के द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया भी प्रचार सामग्री में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये इलाका के रहने या काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या मयारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वे कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त मयारीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदन के समक्ष या छोले का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर और मुद्रा)

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.

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्जन की तिथि 11/9/19	Dr. K. Singh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. 50971 Sugr Eye Foundation Research Centre Sugr Eye Dr. & Regd. No. with Stamp दाखल का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. K. Singh Director Sugr Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनकात अधिष्ठित अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्लामात 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्लामात 2
	