

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन आया तब बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे से किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicize/put up/represent 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। इसका उपयोग करने के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन का अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत हैं कि:
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं लेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं करते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा का अर्थ यह नहीं है कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं लेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा रोगी के उपचार या प्रक्रिया का चयन हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए हमारे और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउन्डेशन" को इस मामले में कोई भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संशुद्धि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Arunava Bandopadhyay MBBS, MS Reg. No. 255000 Super Eye Foundation & Research Centre आवर का नाम व पता	Dr. S. K. Bagchi Director Super Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अवस्था 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अवस्था 2
	