

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
①	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हता: प्राप्त करने वाले व्यक्ति)

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण दान करने के लिए मेरी भागीदारी को खत्म कर देगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, जो इस फॉर्म में उल्लेख की गई है, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी रूप में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न कोई सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हता प्राप्त करने वाले व्यक्ति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (अर्हता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को सौंप रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में उल्लेख है, को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, कानून के अंतर्गत, वित्त, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्हता) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद ही किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय सहायता देने या न देने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हता करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर या बायाँ पैर की उंगली का छाप

 LT Massey

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing her/his/their signature or left thumb impression on this Form, the Hospital hereby agrees & accepts 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 understanding 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.

हॉस्पिटल द्वारा हस्ताक्षर या बायाँ पैर की उंगली का छाप करने पर, हॉस्पिटल यहाँ घोषणा करता है कि वह निम्नलिखित स्वीकार करता है:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांग रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हम अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने के लिए स्वतंत्र होंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हॉस्पिटल कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए नहीं माग रहा है, यह पुष्टि करने के लिए कि हॉस्पिटल कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए नहीं माग रहा है, यह पुष्टि करने के लिए कि हॉस्पिटल कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए नहीं माग रहा है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हॉस्पिटल द्वारा रोगी पर किए गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच की समझौता के आधार पर होता है और इसका कोई भी प्रभाव हॉस्पिटल द्वारा रोगी पर किए गए उपचार/प्रक्रिया पर नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को उपचार और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन को इसमें कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/9/19

(Name of Dr. & Reg. No. of Hospital)
हॉस्पिटल का नाम और डॉक्टर का नाम

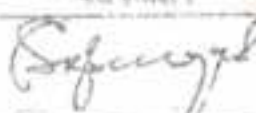
 Dr. Dharm Singh
(OPHTHALM)
Reg. No. 028084

(Name, Designation & Stamp of authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के प्रतिनिधि के नाम, पद और मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2

