



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पलिकेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरण ये हैं जो आवश्यक हैं। यह कोई विवरण एवं काम का लक्ष्य नहीं है जो मैंने घोषणा किया था वही है।
  - 2) मैं इस जो सहायता की "कार्यशक्ति कारबन्डेशन", से ले जा सकता हूं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए किया जाना चाहिए, जो इस प्रकाश में भी दिया गया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विवरण का उपयोग दूसरे व्यक्ति को नहीं हो सकता जो आवश्यक या सहायता दिलाने की जनकी से वही दिया है और वही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पलिकेंट द्वारा करा)**

- 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 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 प्रकाश का उत्तराधिकार या अंगठी को उत्तराधिकारी या उपर्युक्त करता हूं एवं "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" और उपलब्ध करता हूं कि मैं भी यह, यहाँ और जो विवरण यह प्रकाश में दिया गया है, जो "कार्यशक्ति" एवं नामी, जाति, याकाचा युक्त उपलब्ध के बाहरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किया गया जानकारी वाला विवरण सहायता के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छावाले वह सहायता के लिए एवं उपलब्ध के लिए "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" का नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पलिकेंट) इस काल में सहमत हूं कि मेरा नाम, जाति, याकाचा और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्तिकृत है उन्हें सहायता का उत्तराधिकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कार्यशक्ति" एवं उसके नामी वा निर्माण अधिकृत और सहायतार्थी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
अप्पलिकेंट के हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)**

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 this matter.

मम्ही अधिकृत, हस्ताक्षरी को जो से नम्हालेयों को "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" से नियमित सहायता हेतु विकासित की जाती है, विषय इम (हस्ताक्षर) नियम इसका से सम्बन्ध व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो बहुत और न हो विवरण में वित्ती सहायता किया गया वाली आवश्यक संस्थान का विवरण अन्य व्यक्ति से उक्त एवं उन्होंने यही लिखा है, जिसे कि इनमें "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" से विवरणित विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण आवश्यकता हेतु मन्तु नहीं लिया जाता है यो अवश्यक विवरण अन्य व्यक्तियों द्वारा लिखा जाना अविवाक अनुमति रखता है। यह उपर्युक्त में अन्य काल का विवरण होता है कि अवश्यक विवरण अन्य व्यक्तियों द्वारा लिखा जाना अविवाक अनुमति रखता है।

2. "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" से ले जाए जाना वाली सहायता का विवरण प्रमुख होता है। यही जो हस्ताक्षर द्वारा दिया गया विवरण है और "कार्यशक्ति कारबन्डेशन" द्वारा विवरण दिलाया जाना चाहिए वह उपर्युक्त नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी जो इसका अनुसार अनुमति रखता है वही जो विवरण आवश्यक होता है। यही जो विवरण आवश्यक होता है वही जो विवरण आवश्यक होता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संलग्नि**

Date of Surgery अविवाक की तिथि		Dr. V.P. Thakral (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory) SHIROFF EYESHOP & CLINIC (Hospital) A-9, Kalyanpur Chhota Parsi, Mumbai - 400 050 Mobile: 98222 22222
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवश्यक उपयोग हेतु