

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पेक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि मैं सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस लक्ष्य का अर्थव्यवस्था या अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पेक द्वारा करार)

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पेक) स्वयं स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निरूपकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिका/किसी अन्य माध्यम से मुझे जानकारी दे सकें और जानकारी दे सकें कि मैंने सहायता के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरे हस्तान्तरण के पक्ष में या मेरे लक्ष्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व निरूपकों को अधिकृत है।

2) मैं (अर्पेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सतत: सहायता का इंतजार नहीं करना। इस प्रार्थना में "कोशिका" दूरदर्शन निरूपकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

श्री शक्ति

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निगीत/अस्वीकार/प्रतिस्पर्धा हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार हेतु जो कोई भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं देता है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तिथि

03/09/19

bsm

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Shubham Tachin
Dr. V.P. Thakral
Medical Director & In-charge of Hospital
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110 048

Dr. V.P. Thakral
Medical Director & In-charge of Hospital
SHROFF EYE CENTRE
A-9, Kailash Colony
New Delhi-110 048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature