



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करनेवाला पत्र;**

- 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 बताना चाहता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 यहाँ जो सहायता चाही "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन पत्र में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि मैंने आमतौर पर यह आवेदन को नहीं है, उस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करनेवाला)**

- 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 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 आवेदन पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान देकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ सहमत हो चुका हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन पत्र में प्रेषित हैं, जसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक एवं अन्य उद्देश्य से मुझे सहायता प्रदान करने के लिये विचारित हो सकें। इस सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मैं आवेदन का विवरण यहाँ प्रदान करने के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहमत अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सहायता में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

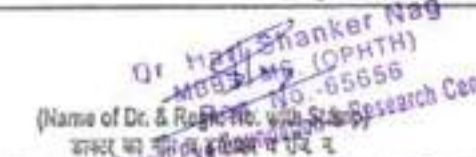

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करनेवाला)**

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रकम को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की जायेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/कमल हेतु सचुर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसबल वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायता के लिये विचारित हो सकें।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसे पर हमसबल दान से प्राप्त करने के लिये सहायता/रकम का चुनाव मेरी ही है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई रकम नहीं है। इतिवृत्त हमसबल में मेरी ही सहायता सुलभ और अन्य जाने की सही जिम्मेदारी मेरी ही है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अविवरण की तारीख <b>11/10/2019</b>	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS (OPHTH) NO. 65656 Koshika Eye Research Centre 	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भ्रातृ इन्टर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भ्रातृ इन्टर 2
