



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा एवं असत्य कथन कहा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउण्डेशन", से सहायता मिले, तो उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयुक्त किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में पत्र में पत्र है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस रकम का भौतिक या वित्तीय हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)**

- 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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउण्डेशन और उसके आजीवनियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, डॉ. शबुभा मेहता द्वारा उद्देश्य से लुई गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इलाज के फलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" में लुई अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है लुई तथा: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके आजीवनियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



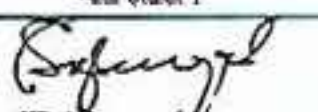
Vishnu Dahi

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रकम से लेना होगा/प्राप्त करने में लुई या ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मقرر हेतु है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अभाव/कमल हेतु मقرر नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मद्देन उस लुई/प्राप्त हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेते।
  - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से लुई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। लुई पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना/लेना/लेना का चुनाव लुई एवं हस्ताक्षर को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में लुई के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की लुई जिम्मेदारी लुई एवं हस्ताक्षर को लुई और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं लुई।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/12/11</p>	<p>Dr. Shubha Mehta DMO Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp</p> <p>16/12/11</p>	<p>Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent &amp; Stamp of Authorised Signatory SHROFF EYE CENTRE A-9, Kailash Colony New Delhi-110019</p>
--	--	---

<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अंतर्गत उपयोग हेतु</p>	
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> 