

DECLARATION by APPLICANT - अर्थात् दाता संस्था से,

- I hereby declare that all details in this Form are true to the best of my knowledge. My false statement will render my Application & ongoing assistance if any liable for immediate cancellation.
- I solemnly declare 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 to me.
- I hereby confirm that I have not & will not receive, seek or reimbursement in part or in full from any other institution/physician/insurance company of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। मेरे कोई विवरण एवं अपन प्राप्त प्राप्त नहीं है जो मेरी सहायता दिलाने की हो सकती है।
- मैं दाता को आशंका नहीं "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी को नहीं है, उसका उपयोग उदाहरण के लिए मेरे लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मंगल रूप है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या अपन को नहीं है, उन सेवा का अधिक या समान लेना किसी अन्य संस्थान/डॉक्टर/बीमा कंपनी से या मेरे लिए है और मैं भी, बीमा से नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT - अर्थात् दाता करे।

- By affixing the signature of thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit on up/produce 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.
- 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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थात् दाता) अपनी स्वीकृति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को संपिद्ध करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, यादों, एवं साक्षात्कार द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र में घोषित है, जो कि मैंने मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है।
- मैं (अर्थात् दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमत के इस्तेमाल के अधिकृत है मुझे नहीं। आशंका को इच्छित नहीं करता। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा उक्त नामों का प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION - अर्थात् दाता के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

(Handwritten signature and thumb impression)

AGREEMENT by HOSPITAL - अर्थात् दाता करे।

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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 declaration essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The course 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 जाते हैं हमारे प्राधिकृत अधिकृत "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 - यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही सहायता व वित्तिय सहायता किसी भी संस्थान/डॉक्टर से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/सफल 50% तक नहीं किया जाता है तो हमारा हस्ताक्षर और मेरा हस्ताक्षर संभव है किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट बना जाता है कि सहायता वित्तिय सहायता हेतु किसी भी संस्थान/डॉक्टर से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी कोई सहायता/सहायता वित्तिय प्रकृति की है। मेरी या हमारा दाता मेरी ही सहायता या वित्तिय सहायता/प्रक्रिया का सुनिश्चित नहीं है। हमारा संभव है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुनिश्चित और अपने जाने की सभी विवरणों को ही एवं हस्ताक्षर की जाती है और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या वित्तिय सहायता इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE - स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख
19-02-2020

Dr. Monali Reelhad
DR. Monali Reelhad
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

Vivek Rana
VIVEK RANA
Administrator
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
उप व दाता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अर्थात् दाता करे।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
(Signature)