

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उल्लेख किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, इस मदद का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पूरा नहीं किया है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरी सहायता के पत्रों पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निष्पत्ति के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरी सहायता के पत्रों पर करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले पर किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं मांगेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से मदद प्राप्त नहीं होती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोत से मदद मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हमारा मतलब है कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हमें कोई भी सहायता नहीं देनी चाहिए।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलती है, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस प्रकरण में नहीं किया जा सकता है किन्तु हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के इलाज के लिए और अन्य स्रोतों को नहीं विनियोजित करने का अधिकार है और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय सहायता प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Diptesh Das
 Reg. No. - 64686 (WBMC)
 M.B.B.S. D.O.
 (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
 हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sankar Bagchi
 Director
 Central Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 11/01/2020

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2