



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 sources/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं गोपनीय कथा हूं कि यह घोषणा मेरे दिये गए सभी विकल्प मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त है। परं कोई विवरण इस कथा असत्य पापा जाता है तो मेरी सहाया विवरणीय/अधिकारीय होगी।
- 5) मेरे द्वारा यह घोषणा गरी "कोशिका फाउंडेशन", गो तो यह चीज़ है, उसका उपर्युक्त उमीदवारी उद्देश्य की पूर्णता के लिये किया जायेगा, जिस हेतु इस प्राप्तमें पापा गया है।
- 6) मैं पूरी कथा हूं गोपनीय घोषणा हेतु यह ग्राहका लिखित को गढ़ है, उस कथा का अधिकारी या सकल किसी अन्य स्वेच्छा/नियोजनकार्यक्रम कामनी से न हो सकता है और न ही गविष्य में भीगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा कथा)

I 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 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.

3) यह कथा या वकारे हस्ताक्षर या अधिकारी को जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती भी पूर्ण करता हूं अर्थात् "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकार करता हूं कि मेरा नाम या जोड़ो और विवरण यह इस प्राप्तमें भी उपयोग हो सकता है, उसका विवरण, "कोशिका फाउंडेशन" एवं यासी नाम यथावत् इसकी उद्देश्य से जुड़ी विवरणीय और उपलब्धियाँ ने लिये कियो गो इसका माध्यम है अधिकारीय करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण भी इसके काले या बदले या बदल से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

4) मैं (आवेदक) इस कथा या घोषणा हूं कि संयोग यथा, यथा, कोई और विवरण यह कि महाकाश के उद्देश्यों से जुड़ीयता है मुझे प्रत्यक्षित सूप से सहायता का बहकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" एवं उसके वासियों का विवरण अविवाही होगा जो कि मुझे स्वीकार है।

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

नामांकन की घोषणा या अधिकार का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इम्प्रेस द्वारा कथा)

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 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.

मैं नामांकन, डाक्टराजी गांगड़ेलोही को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण घोषणा हेतु विवरणीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) द्वारा निभ डकार से जान्य व स्वीकार करते हैं।

3) मैं हूं कि यह गोपनीय गोरे न की विवरण यह विवरण सहायता की किसी भी विवरण सहायता संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त गोपनीय भाष्ट्र में ली गो या ले रहे हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" यह विवरणित किया उसके साथ यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी जारीकरक्त सकत हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो असाधारण गोपनीय गोरे गोपनीय संस्थान या किसी अन्य समाजान से जाहाजान लोने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस गृहीत में स्वास्थ कथा जाता है कि आपात दिनीय बदल डकार गोपनीय भाष्ट्र हेतु किसी गोपनीय संस्थान का विवरण अन्य स्थान से नहीं संपादित।

4) यह हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली दद्दी गोपनीय घोषणा अंतर्काल विविध प्रकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दिये गो गोपनीय विवरण यह इकाईनाम गोपनीय इसका गोपनीय गोपनीय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई बदल नहीं है। इससिये हस्ताक्षर गो गोपनीय की इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विवरणीय होती है और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई गोपनीय या विवरणीय हस्ताक्षर गोपनीय में नहीं होती है।

**RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)**  
संक्षेप (स्वीकृत/निरस्त का विवरण लगायें)

Date of Surgery  
अंगोरण की तिथि  
22/05/14

*Wishaw*  
DR. ABHISHEK B. DAGAR  
MS & JD (Hospital Services)  
VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE  
1/31, Sheikh Sarai Institutional Area,  
Phase-II, New Delhi - 110047  
Registration No.: DMC-12200  
FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION

**ACCEPTANCE**  
मन्त्र

*Tanuja Joshi*  
Managing Director  
VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE  
1/31, Sheikh Sarai Institutional Area,  
Phase-II, New Delhi - 110017

**SANCTIONED**  
कामना

**REJECTED**  
नामना

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*SC/18*

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*Anuradha 2*

**DATE of DECISION**  
नियंत्रण दिनी