

DECLARATION by APPLICANT: Since 2010, I have been...

- 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 Kishika Foundation, will be used only for the purpose(s) 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 reimbursements, in part or in full, from any other source(s) (e.g. insurance company, of the amount for which this reimbursement is requested).
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता से "बोधित" कर रहा हूँ, कि इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धारा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से या इस प्रार्थना की नहीं है, इस राशि को अतिरिक्त या संलग्न विवरण किसी अन्य कोटिनिष्ठ/व्यक्तिगत/वैयक्तिक कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach copy with)

- 1) By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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.
- 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 प्रश्न पर अपने उत्तरों को अपने की कृपा से भरें। (आवेदक) अपने पता की पुष्टि करते हैं एवं "कॉशिका" फाउंडेशन को उनके पता पर, पता, नाम और उन विवरण इस प्रश्न में प्रदान है, उस "कॉशिका" फाउंडेशन को उनके पता पर, पता, नाम और उनकी जानकारी को प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न को उत्तरों को प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी अन्य माध्यम को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और किसी भी अन्य विवरण को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रश्न पर, पता, नाम और उनकी जानकारी को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अवधि 30 दिनों का होना चाहिए



AGREEMENT by HOSPITAL (64054 20 400)

इसमें अतिरिक्त, इस्लामी को भी स समानता का "अधिकार प्राप्त" है। यह विचार अत्यंत ही गलत है, जिसका (अवधारणा) निम्न प्रकार से स्पष्ट हो सकता है।

1. यह कि न तो वास्तव और न ही भाविक में विविध महापात किसी भी सरकारी दस्तावेज या किसी अन्य प्रमाण के द्वारा दर्शाया/प्रमाणित हो सके। यह कि न तो "कोशिका काउन्टरोल" में विवरण/विशेष उक्त का सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टरोल" द्वारा स्पष्ट हो सके है। यदि "कोशिका काउन्टरोल" द्वारा महापात किसी अधिक/प्रमाणित हो सके नहीं किन्तु उक्त के ही अभाव/न किन्ही अन्य भी सरकारी दस्तावेज या किसी अन्य दस्तावेज में महापात लेने के अधीन/सुरक्षित प्रमाण है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाते है कि अभाव/न विविध स्पष्ट उक्त लेख/प्रमाण हो किन्ही भी सरकारी दस्तावेज या किसी अन्य दस्तावेज में नहीं लेखा/लेने।
2. "कोशिका काउन्टरोल" में जो भी महापात लेख विविध प्रमाणित हो है। जो भी दस्तावेज द्वारा जो भी प्रमाण या किन्ही लेख/प्रमाण/विशेष का प्रमाण लेख/प्रमाणित हो सके। जो भी दस्तावेज द्वारा जो भी "कोशिका काउन्टरोल" द्वारा किसी उक्त का लेख/प्रमाण लेने है। प्रमाणित दस्तावेज में जो भी के प्रमाण प्रमाण और अन्य के प्रमाण प्रमाणित हो सके। जो भी दस्तावेज द्वारा जो भी "कोशिका काउन्टरोल" का कोई प्रमाण या किन्ही दस्तावेज द्वारा प्रमाणित हो सके।
-  Shroff's Eye Care Institute

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

भारत के लिए मेम्वरशिप

Date of Surgery

अधिकतम की मात्रा

06/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS

(Name of Donor) **DMC 48540** (Printed Name, with Stamp)

Time.....Date.....

(Name, Designation, and Institution of the Licensed Signatory)

on behalf of Hospital)

नाम व पद सम्प्रदाय अधिकाज अधिकाज

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अभ्यास: उपरोक्त तालिका

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यासोऽम्बिका

SIGNATURE of TRUSTEE 2

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Safeway

2028