

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा प्रतः

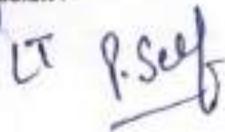
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 हूं कि इस प्राप्त में लिखे गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं यही है। यदि कोई विवरण ऐसे कठान असत्य चला जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जगह सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रहि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्त में पढ़ गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवर सहायता हेतु वह जारी है, उस रुमा का अधिकार या तकल विस्ता किसी अन्य छोटनियेवक/जीमा कमाई में न हो जिया है और न ही परिषद में ली गई।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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 its 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 प्रत्र पर अपने इमाइक्स, या अपने की डाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी जारीती की पुष्ट करता हूं इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदय" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पहल, फोटो और जो विवरण इस प्रत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य में जुटी गतिविधियों और उच्चतमिकों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाणित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रत्र का विवरण मेरे इतना की बहते या बद या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बत से सहमत हूं कि ये नाम, पहल, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे सत्ता: सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का विवेद अंतिम तीर बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION :

अवेदक की सहायता का अधिकृत



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतल द्वारा करार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनमें अधिकृत, हस्पतल की ओर से सहायता/ऐरेंज को "कोशिका फाउंडेशन" से प्रियोप सहायता हेतु विवरित की जाती है, जिसे हम (हस्पतल) निम्न प्रकार से बत्य एवं स्वीकार करते हैं।

- 1) यह जिस न हो यात्राएँ और न हो जीवित में विविध सहायता कियी गी, साकारी संस्थाएँ या किसी अन्य संस्था से उक्त योग्यमानों में लेनी जा सके गहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु दिया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता जिसी अधिकारकरता हेतु बनाया जाए कि किया जाता है तो अस्पतल किसी अन्य और संस्थाएँ दोस्त या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में दिया जाता है कि अस्पतल द्वितीय पद उक्त संस्थायांमानों हेतु किसी और संस्थाएँ दोस्त या किसी अन्य संसाधन से नहीं संभव होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से न हो गई सहायता उक्त विविध प्रकृति की है। ये नाम, अस्पतल द्वारा दी गई सत्ता या किसी दूसरी उपलब्धकारी का चुनव सेवी ऐसे हस्पतल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का आई रकम नहीं है। इसलिये हस्पतल में योगी के इतना सुधार और अने जाने की सही विवेदारी योगी द्वारा हस्पतल की होती और "कोशिका" की कोई सूचिका या विवेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
अवधिकारकी की तरीख
7/10/2021

Dr. PRAVEEN SEN SHAH
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हस्पतल का नाम व इसका वर्गीकरण

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

VIVEK RANA

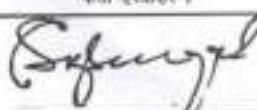
Administrator

Dr Shroff's Charity Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पतल अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पतल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पतल 2

