

[illegible]

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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "उद्देश्य" का उपयोग, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है, के लिए ही करूँगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रश्न का ज्ञान इच्छा का ज्ञान का ज्ञान ज्ञान, मैं (अव्यय) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में जोड़ें, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, नाम, पता/पता द्वारा उद्धरण से मुझे व्यक्तिगत और इच्छाओं के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।

2) मैं (अव्यय) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्धरणों में प्रेषित है मुझे भला; सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपैएक से हमसभस या अंगुली का निशान



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.

1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में स्थिति सहायता किसी भी सरकार को संसदन या किसी अन्य संसद से उच्च राष्ट्रीयत्वों में लाने या ले जाने है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विनिर्मित उच्च से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित अधिकाधिकतर हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अल्पमत किसी अन्य भी सरकारों संसद या किसी अन्य संसद/संसद से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत द्वितीय मरदर उच्च राष्ट्रीयत्वों हेतु किसी भी संसदीय संसद या किसी अन्य संसद से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोशिका पायनबेन्डर" में सी रॉय महापात्र कोषत विधिपत्र प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पल्लाट द्वारा सी रॉय सलाह या विषय एवं उपकार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्पल्लाट को बीच का विषय है और "बोशिका पायनबेन्डर" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इम्पल्लाट में ऐसी को इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इम्पल्लाट को होती और "बोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सुखीकृतो षोऽपि संस्तुति

Abstract

Exercises for Diabetes & Eye Care

Support of the American Eye Care Trust

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

समय व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant in Plastic Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हमारे का नाम है कुलकर्णी म. पी. २.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पृष्ठ संख्या 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यामी हस्तक्षेत्र १