

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 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 government/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं इसे कहता हूँ कि मैं यहाँ दी गयी जानकारी को सचेतना करता हूँ कि यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए तब यहाँ दी गयी जानकारी को बदला जाना चाहिए।
- 5) मैं इसे कहता हूँ कि "कोशिका प्राप्तिकरण", यहाँ दी गयी है, जानकारी को उत्तर दी गयी है तो यहाँ दी गयी जानकारी, जो कुछ जानकारी के रूप में दी गयी है, उसे कोशिका प्राप्तिकरण के रूप में दी गयी है।
- 6) मैं इसे कहता हूँ कि यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए तब यहाँ दी गयी जानकारी को बदला जाना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/replicate 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.
- 3) मैं इसे कहता हूँ कि मैंने यहाँ दी गयी जानकारी, जो (अप्लिकेशन) मैंने जानकारी को दी हूँ कि "कोशिका प्राप्तिकरण लिए जाना चाहिए" को अधिक जानता हूँ कि यहाँ दी गयी जानकारी, जो "कोशिका" नाम, नाम, जात, जातीयता युक्त व्यक्ति के जुहो विवरणों को उत्तराधिकारी द्वारा दी जानी चाहिए है। मैं इसे कहता हूँ कि यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है।
- 4) (अप्लिकेशन) यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए तो उत्तराधिकारी के द्वारा ही यहाँ दी गयी जानकारी को बदला जाना चाहिए।

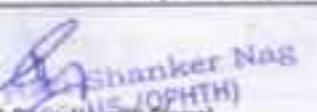
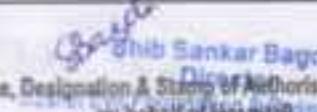
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन द्वारा दी गयी जानकारी

AGREEMENT by HOSPITAL: अस्पताल द्वारा:

- 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.
 - 3) यहाँ दी गयी जानकारी को "कोशिका प्राप्तिकरण" को द्वारा दी गयी जानकारी को बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है।
 - 4) यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है।
 - 5) "कोशिका प्राप्तिकरण" को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है।
 - 6) "कोशिका प्राप्तिकरण" को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है। यहाँ दी गयी जानकारी को किसी भी तरह बदला जाना चाहिए है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए उम्मीद:**

Date of Surgery अंडोपर्ट की तिथि 08/19/18	 Dr. Shanker Nag M.S. (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) राजकीय विद्यालय विद्यालय	 Dr. Shubh Sankar Bagchi D.O.B. (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital Research Centre) राजकीय विद्यालय विद्यालय
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कानूनी उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी उपायक 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी उपायक 2
