

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अज्ञात रूप में है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोलीका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हूँ कि "बोलीका फाउंडेशन" और उसके "वरिष्ठ" को मेरी छवि, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की शर्त के "बोलीका फाउंडेशन" का उपयोग करके "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम या भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "बोलीका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है।

1) यह कि हम या भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "बोलीका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है।

2. "बोलीका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें या हमारे डॉक्टर को इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करना होगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Susrat Eye Hospital, New Delhi	Shib Bankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital Research Centre) रजि. नं. 18/19/2018
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2