

DECLARATION by APPLICANT: આપણા દ્વારા મંજુરી કરો।

- 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, stand of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

(i) मेरा यह { हे यह बात मेरी पर्याप्त ज्ञान के साथ वास्तव में सत्य है कि मैंने किसी भी वज़ाफ़ा या गलत या दोषी वाली वज़ाफ़ा की नहीं की है।

(ii) मेरा यह वास्तव में "किसी भी वज़ाफ़ा", मेरी जो यही है, वास्तव में उसे कोई भी नहीं किया जाएगा, कि मेरा यह वास्तव में सत्य नहीं है।

(iii) मेरा यह { हे यह वास्तव में कोई भी वज़ाफ़ा की नहीं है, जो किसी भी वज़ाफ़ा के बाहर आया हो। किसी भी वज़ाफ़ा की नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/public/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 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) यह तथा यह अपने क्रमान्वय वाली यो वाक जाहाज, मैं (आवेदक) आवेदन की पुरी कामते के "आवेदन आवेदन आवेदन आवेदन" को अद्वितीय रूप से बताता हूँ, जो "आवेदन" एवं याचि, याच, याचावय यहाँ उल्लेख के गुण विविधता वाली आवेदनों के लिए बनाये गये याच याचावय वाली आवेदन के लिए अधिक है। यो याच का विवर यह उल्लेख में याची या याच या याचावय के लिए लिखा गया है।

4) मैं (आवेदक) यह याच में व्यक्त करता हूँ कि मैंने यह याच, याच, याचावय याच की विवरण में उल्लेख के गुण के लिए याच याचावय के लिए लिखा है। याचावय का विवर यह उल्लेख में याची या याच या याचावय के लिए लिखा है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

Author's address and reprint requests:



AGREEMENT by HOSPITAL (HSW 70-301)

By affixing her/his undersignature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
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.

इस अफियूल कानूनी भी आप से प्रत्येकी को "कोशिका वातावरण" द्वारा दिए गए विवरों को जाने है, जिनका उपयोग आपका वातावरण है।

1.) यह यह आप से खोलता है कि हम इन विवरों को दिये गए वातावरण को बदलने वाले नहीं हैं वरन् आप ही जो आप उत्पादकों में से एक हैं, जो हम द्वारा "कोशिका वातावरण" द्वारा दिया गया वातावरण के लिए उपयोग किया जाना है। यह "कोशिका वातावरण" द्वारा दिया गया वातावरण द्वारा दिया गया वातावरण के लिए आप ही जानकारी देते हैं और आप ही जानकारी देते हैं कि आपका वातावरण द्वारा दिया गया वातावरण के लिए आप ही जानकारी देते हैं। यह यहाँ में दर्शाया जाता है कि आपका दिया गया वातावरण द्वारा दिया गया वातावरण के लिए आप ही जानकारी देते हैं।

2. "कोशिका वातावरण" द्वारा दिया गया वातावरण को बदलने वाले नहीं हैं जो आपका वातावरण के लिए आप से जानकारी देते हैं। यह "कोशिका वातावरण" द्वारा दिया गया वातावरण को बदलने वाले नहीं हैं। यह यहाँ दर्शाया जाता है कि आपका वातावरण द्वारा दिया गया वातावरण के लिए आप ही जानकारी देते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery सर्जिकल तिथि 12/12/18	Dr. Ranjita Nag MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Registrars, MS/MBBS, Stamp) कृष्ण वाचन अस्पताल प्रबन्धिका	Shubh Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Cognizant on behalf of Hospital) कृष्ण वाचन अस्पताल
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम श्रृंखला 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम श्रृंखला 2
	