

DECLARATION by APPLICANT अर्थात् द्वारा घोषणा की:

- 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 अपना पात्र हूँ कि यह जारी किया गया विवरण सभी वास्तविक और ज्ञानकालीन हैं। यदि कोई विवरण या काम का बाबा है तो, उसे देखा जाना चाहिए।
 2) मैं इस विवरण को "काम का उद्देश्य", वे तो करते हैं, जिसका उपयोग मुझे आवश्यक लिया जाना चाहिए, जो इस काम के लिये नहीं है।
 3) मैं यह जारी किया गया विवरण को पूरा करने के लिये उपयोग करने की विभिन्न स्थितियों में अपनी जिम्मेदारी को नहीं छोड़ूँगा।

AGREEMENT by APPUCANT (either or both)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicly/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.

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) यह रूपरेखा पर मेरी योग्यता की साथ समझ, मैं (आवेदक) आवेदनकारी की शुद्धि कारण से यह "कोशिका वाचकों की साक्षीयता" की विविध रूपरेखा के लिए अनुमति देता हूँ, जो "कोशिका" एवं नाम, पर, सम्पर्क तथा वर्तमान से मुख्य विविधताओं की साक्षीयता के लिए दियी गई साक्षीयता की समीक्षा करने के लिए विद्युतीकृत है। यो रूपरेखा मेरी व्यक्ति की व्यक्ति के रूप में कार्रवाई के लिए "कोशिका वाचकों" का नाम अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस रूपरेखा की साथ समझ, कि मेरी योग्यता की साक्षीयता के बाहरी तरीकों से उपलब्ध हो सकती है यह विविध रूपरेखा का उपयोग करना या विविध रूपरेखा का उपयोग करना।

AMERICAN SIGNATURE FINE FURNITURE CORPORATION

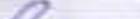
प्रतिक्रिया विभाग के द्वारा

AGREEMENT by HOSPITAL (DEEMED)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby declare ourselves to be following:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Digitized by srujanika@gmail.com

Date of Surgery अंडीका की शर्करा 12/12/18	 Dr. Haribhakar Nag MRB. MS. (OPHTHALM.) (Name of Dr. & Regd. No. with stamp) जनरल एंड एम्बुलेंस विहारी नगर	 Shubhankar Bagchi DENTIST (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जनरल एंड एम्बुलेंस विहारी नगर
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका ट्रस्ट द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1 સ્વત્ત્યક વિશે 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 સ્વત્ત્યક વિશે 2
--	--