

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 account/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं प्रत्यक्ष रूप से यहां में ऐसी बातों के बारे में जानकारी नहीं रखता हूँ कि कोई वित्तीय समर्पण आवश्यकता में से कोई वित्तीय समर्पण नहीं है। यदि कोई वित्तीय समर्पण आवश्यकता में से कोई वित्तीय समर्पण है तो मैं उसकी जानकारी नहीं रखता हूँ।
- 2) मैं इस अप्लिकेशन के "उद्देश्य वर्णन" में ऐसी बातों की जानकारी नहीं रखता हूँ कि कोई वित्तीय समर्पण आवश्यकता में से कोई वित्तीय समर्पण नहीं है।
- 3) मैं कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं रखता हूँ कि कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन का समझौता)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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) मैं इस अप्लिकेशन के बारे में जानकारी नहीं रखता हूँ कि कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है, जो "उद्देश्य वर्णन" में दर्शायी गयी है, यदि "उद्देश्य" एक व्यक्ति, एवं, व्यक्ति को उत्तीर्ण करने की जिम्मेदारी या उत्तीर्ण करने की वित्तीय समर्पण की जानकारी है। मैं इस अप्लिकेशन के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं रखता हूँ।

2) मैं (अप्लिकेशन का वार्ता के बारे में) कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं रखता हूँ कि कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं रखता हूँ।

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (अस्पताल का समझौता)

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.

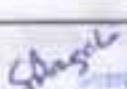
एवं अधिकृत, अस्पताल की ओर से प्राप्तवाची के "उद्देश्य वर्णन" में दर्शायी गयी वित्तीय समर्पण की जानकारी है, जो कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है।

1) यह वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है। यदि कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी है तो "उद्देश्य वर्णन" में दर्शायी गयी वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है। यदि कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी है तो "उद्देश्य वर्णन" में दर्शायी गयी वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है।

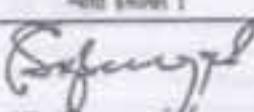
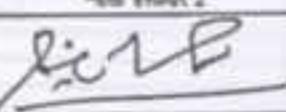
2. "उद्देश्य वर्णन" में दर्शायी गयी वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है।

3. कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी के बारे में कोई वित्तीय समर्पण की जानकारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
संचालक के लिए संकेत

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अस्पताल की तिथि 18/12/18 | Dr. AVINASH AGARWAL M.S., M.D., Ph.D. (Eye), D.E.P.R.O. Regd. No. 1015 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) + Centre संचालक का नाम एवं संस्था का नाम |  Shri Sanjiv Bagchi Director Smriti Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) संचालक का नाम एवं संस्था का नाम |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन का उपयोग के लिए

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी उपाधि 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी उपाधि 2  |
|---|--|