

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवर यही जास्ती के अनुसार सच एवं याही हैं। यह बोर्ड विभाग द्वारा कारब्र आवाग पाय जाता है तो मैं दोहरा विभाग द्वारा दर्ज की जाती है।

2) मैं इस दस्तावेज़ "जीवनशास्त्र-प्रदानकर्ता", में दो बाल हूँ, जिनमें उम्री तीन वर्षों की छुट्टी वाले द्वितीय बाल हैं, जो इस प्राप्त हो चुका है।

3) मैं अपने पात्र हूँ कि यह व्यवस्था ही यह प्रदान की गई है, जो दोहरा विभाग द्वारा दर्ज की जाती है। यह दोहरा विभाग द्वारा दर्ज की जाती है।

AGREEMENT by APPLICANT (see page 900)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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) इस परामर्श का अंतर्गत की कार्रवाई, मैं (आवेदक) मनोरंजन की उपलब्ध कार्रवा (एवं "कोशिका चालांडिल" और उसके सम्बोधनों) को विस्तृत कार्रवा (एवं यह कार्रवा, जो आवेदक द्वारा प्राप्ति की जानी चाही थी, उसे "कोशिका" एवं नामी, शुभ, चालांडिल एवं उनकी विशेषताओं से जुड़ी विवरिति और उपलब्धियों से लिये जानी चाही थी) उपलब्ध कराने के लिए विभिन्न है। मैं प्राप्त कर लिया हूँ कि इनका कार्रवा एवं उपलब्ध कार्रवा के बारे में जिस "कोशिका चालांडिल" का नामी विभिन्न है।

2) मैं (आवेदक) इस कार्रवा में सहायता (एवं योगदान, यात्रा, जांच और विचार) को कि सहायता को उद्दीपिता के लिए है जुहो सहायता का उपयोग जीवन का सहायता एवं समर्थन के "कोशिका" कार्रवा उपलब्ध कराने के लिए विभिन्न और विवरिति होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

प्रतिक तंत्र व्यापक रूप से विस्तृत



AGREEMENT by HOSPITAL (SIGN IN INK)

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 this matter.

अपनी अधिकारी, उत्तराधिकारी को और वे व्यापक-व्यापकीय वा "सामाजिक प्रश्न-व्यवेश" से विभिन्न व्यवस्था में से विकल्पों की जाती है, जिसे इन (व्यवस्थाओं) द्वितीय प्रकार की व्यापक एवं व्यापक व्यवस्था कहती है।

- 1) यह कि वे तो अविवाहित हैं और उन्हें विवाह समझता नहीं है और उनकी संस्थान पर किसी अन्य रहने से उनका दृष्टिकोण बदल देता है जिसके लिए वे तो यहीं हैं, जैसे कि हमने "वैदिक प्राचीनतावान" से विवाहित/विविहीत उन्हें समझ में "वैदिक प्राचीनतावान" द्वारा ग्रहण किया जाता है तो अविवाहित अन्य वे वास्तवीकरण का किसी अन्य सम्मान से व्यापकता तोड़ने का अधिकार सुनिश्चित रखते हैं। इस पूर्ण में सब कहा जाता है कि अविवाहित द्वितीय परम् उनका दैर्घ्य-प्राप्ति द्वारा दृष्टिकोण से बदल दिया जाता है।

2: "कालिका पातंजली" में भी यह समाप्त संस्कृत विशेष ग्रन्थि भी है। ऐसी पर इसका द्वारा ही यह सत्त्व या विद्ये को उपचाराद्विक्रिया का भूक्त ऐसी एवं इसका न कोण विद्या है और "कालिका पातंजली" द्वारा विद्यी वृत्ता या वर्ती वृत्त चीज़ है। इसलिये इसका ये ऐसी वृत्त साक्ष और वहाँ जाने की सारी विधिमेंटी ऐसी एवं इसका ये ऐसी वृत्ती या विद्यामेंटी या वृत्तों में जुड़ी गयी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षित के लिये संतुष्टि

Date of Surgery अंतिम दो तारीख <u>03-01-2019</u>	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, DNB (Eye) MRCR Reg. No. 34786 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) साहस्र कृष्णा विजयनन्द एचआरएल	<i>Shib Sankar Bagchi</i> Shib Sankar Bagchi Director Institute of Ophthalmology Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) कला व पर्यावरण अविष्कार निपटारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
कोशिका फाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी व्यक्ति 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी व्यक्ति 2
	