

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 पूर्णतः कहता हूं कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार साब्द एवं सत्त्व हैं। यदि कोई विवरण एवं कागज आवश्यक पाना चाहता है तो मेरी सहायता दिलाने की जा सकती है।
 - 2) मैं इस या सहायता परि "कोशिका फाउंडेशन", से तीन बारे हूं, उसका उपयोग उसे उत्तरण की पूर्ति के लिये किया जाएगा, यो इस प्रकार मेरे पास नहीं है।
 - 3) मैं चुनौती करता हूं कि यिस सहायता के बाहर एवं प्राप्ति की नहीं है, इस एवं का लाभिक या उक्त सहायता की अन्य दूसरी विवरणों के न गोलिया है और न ही परिवर्त्य हो सकता।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कार्रा)

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 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.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जाहाजी की पूरी कहानी हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके स्वामी" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पता, जोड़े और जो विवरण इस प्रत्येक मेरी परिवर्त्य है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दर्ज, मान्यता प्राप्त होता है। उपरोक्त से दुहो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी दूसरे गान्धम से प्रतिकृति करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण यों इतना के बहते या बदल मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" वा जाहाजी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, जात, जोड़े और विवरण जो मेरी सहायता के उपरोक्तों की प्राप्ति है युक्त नाम, सहायता का इकायाची बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके स्वामीयों का नियम बनाया और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की सहमति का अंगठे का विवरण

5/2/20

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पाताल द्वारा कार्रा)

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 duplicitous 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.

इसका अधिकृत, हस्पाताल की ओर से व्यक्ति/ऐरों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिवारिति की जाती है, जिसे हम (हस्पाताल) निम्न द्वारा से मात्र मेर्यादिकार करता है।

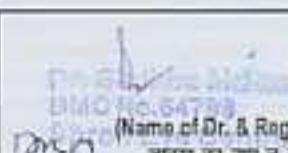
1) यह कि न यो वर्तीन मीरे न ही परिवर्त्य में विविध सहायता किसी ने भरकरी भर्त्यावाले या विद्युती अन्य स्रोत से हम द्वारा योग्यतावाले में सोने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधान्वित रूप से सम्पर्क ने "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहायता विनाई आशिकरणकर्ता हेतु मन्तु जी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजावाले सहायता लेने का अधिकार गुरुत्वादार है। इस पूर्व में अपने कहा जाने के लिये अन्यान्यां द्वारा किया जाना द्वारा अस्पताल से सहायता संभव नहीं होती।

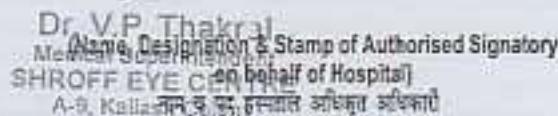
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तीन गई सहायता जीवित प्रकृति की है। योगी या अस्पताल हाथ से गई योगी या अस्पताल को जीन का विशेष है और "कोशिका फाउंडेशन" हाथ किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पाताल में योगी के इतना सुखा और बोरे जाने की साथे विविधान्वित योगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की व्योगी सूचीकारी या विविधान्वित इस मानसे में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्मृति

Date of Surgery
अंगीरण की तारीख

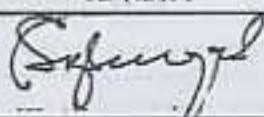

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दृष्टि का नाम व इस्तेज व एन. न.


Dr. V.P. Thakral
Member of Board
SHROFF EYE CTR.
A-9, Kalla, ताम्र डु, हस्पाताल अधिकारी
Mobile: 98220 00481

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
स्वामी हस्पाताल ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वामी हस्पाताल 2

