



## DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा संकेत यज:

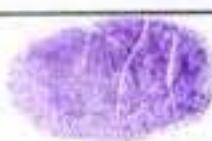
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रत्यक्ष करता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण में सहायता को कम्पनी का अनुकूल समय एवं लाभ है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन आसान प्रथम बताता है तो मैंने सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता की "कोशिका पाठ्यन्देशन", से लाभ नहीं हूं, उसका उपयोग कोई उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाना चाहिए, जो इस फॉर्म में घट नहीं है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्रयोग को नहीं है, वह यही का लाभिक यह सकल विस्तृत किसी अन्य छोटनियोक्ताविद्या कानूनी से व तो लिपा है और न ही योग्य में है।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करन)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने इस्तमाल का अनुदेश को लाभिका का पुष्ट करता हूं कि "कोशिका पाठ्यन्देशन और उसके न्यायिकीय" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, वाक्यकार दूसरे उद्देश्य से जुड़ी निविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यापक ये उपलब्धि बताने के लिए अधिकृत है। यो प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इस्तमाल के पहले या बाद, मेरे कारणे के लिए, "कोशिका पाठ्यन्देशन" का नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दर्शित हैं युक्त सहमति; सहायता का इकायान नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकीय का निर्णय अदित्य और वाक्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के इस्तमाल का अनुदेश का विवरण



## AGREEMENT by HOSPITAL (इमामत द्वारा करन)

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.

इसके अधिकृत, इस्तमाल को अंदर से प्राप्तीकरण को "कोशिका पाठ्यन्देशन" से विविध सहायता हेतु विकलित की जाती है, जिसे हम (इमामत) इस इस्तमाल से बन्ध बनाते हैं। यहाँ ये नाम और योग्यता में विविध विवरण जो कि इसे "कोशिका पाठ्यन्देशन" से विविधान्वित करने के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यन्देशन" द्वारा प्रदर्शित है है। यदि "कोशिका पाठ्यन्देशन" द्वारा सहायता विविध अंतिकार/सम्भव हेतु यात्रा नहीं किया जाता है तो सहायता किसी भी अन्य गैर साकारी संस्था या विद्यालय सहायता हेतु कार्यालय सुनिश्चित रखता है। इस पुष्ट में स्वतंत्र कारण है कि सहायता द्वितीय प्रदर्शन उपर्युक्त गैर साकारी संस्था या विद्यालय से नहीं संपर्क होती।

2. "कोशिका पाठ्यन्देशन" से सभी नई सहायता बोगत विविध प्रकृति की है। एंटी पर इमामत द्वारा ऐसी योग्य सहायता का उपलब्ध होने वाला इस सम्बन्ध में योग्य का विवर है और "कोशिका पाठ्यन्देशन" द्वारा विभिन्न प्रकार का कोई उपयोग नहीं है। उपरियोग इमामत में एंटी के इस्तमाल भूमिका और अपने बारे की जानकारी एंटी द्वारा सहायता की होती है और "कोशिका" ने एंटी भूमिका का विवेदित इस सम्बन्ध में जीवी होती है।

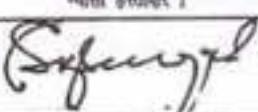
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्कृतिShib Shankar Bagchi  
Director

Kolkata Eye Foundation &amp; Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद इमामत अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/07/19		(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाकात्र का नाम व इस्तमाल का नंबर.
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्भूत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी इस्तमाल 1SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी इस्तमाल 2