



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वा प्रमाण पत्र)**

- 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 यहाँ प्रमाण करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा प्रमाण पत्र झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, प्रमाण उपलब्ध उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्यय को नहीं है, उस दधि का अर्थिक या प्रमाण दिना किसे अन्य प्रोविडेंट/कर्मचारी से न हो लिया है और न ही भविष्य में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वा करार)**

- 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् उनकी, छाप, प्रकाशक एवं/अथवा प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण में इसका जो प्रचार या कार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व उनकी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा करार)**

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 the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से धन/वित्तीय/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा प्रमाण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/अवकाश हेतु प्रमाण नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रमाण उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने की सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वा से सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में हमारे के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों होती एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shri Sankar Bagchi  
Director  
Susrut Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

7/1/19

Dr. Anshu Das

MD MS MS

Reg. No. 69372

Susrut Eye Foundation Reg. No. with Stamp

हस्ताक्षर के साथ हस्पताल का मुद्रा

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

राम व हर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2