

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गये सभी विवरण सेरी जानकारी को अनुसृत सत्य एवं चाही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन असत्य पाया जाता है तो उसी सहायता निराकरण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायता उसे "कोशिका फाउंडेशन", ले ली जा रही है, उसका उपचार उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि इस सहायता बेतु वह प्रार्थना को गई है, उस गणि का अशिक्षण या गलत हिस्सा किसी अन्य शोध/गिरिजाक्रमों कम्पनी से न जी लिया है और न ही भविष्य में है।

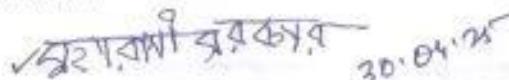
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कागज)

- 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 प्रपत्र का अन्त वास्तविक अंगठी के लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, याचना/या दुरुरोग से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार पालनम् ये प्रमाणित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के बाहर या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित हैं युक्त स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासियों का विवेच अंतिम और बाक्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 30.04.25

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कागज)

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.

हमारे अधिकृत, इस्तमाली को और से मालारोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विकारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निज प्रकार से बत्या व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो वर्षांन और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता नियमी गैर साकारी संस्थान या नियमी अन्य स्वेत से उक्त योगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हेतु किए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत अशिक्षण/सकाल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल नियमी अन्य गैर साकारी संस्था या नियमी अन्य समाधान से सहायता लेने का अधिकार युक्ति रखता है। इस पुष्टि में रखता कहा जाता है कि अस्पताल डिलीप बदल योगी/मामले हेतु कियी गैर साकारी संस्था या नियमी अन्य स्वाधीन से नहीं लेना/देना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोक्षर वित्तीय प्रकृति भी है। योगी पर इस्तमाल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रक्रिया या कोई व्यवहार नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के इलाज सुनाया और आने जाने की स्थीर विवेदारी योगी एवं इस्तमाल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवेदारी इस गमते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंगूठन की तारीख

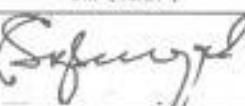
30-04-25


Dr. RASHI RAY
(Name of Dr. & Registration No. with Stamp)
मेडिकल कॉलेज के नाम से जुड़ा है।
Regd. No. 98741 WBMC

OPHTHALMIC CONSULTANTING FOUNDATION


PINAKI RAY EYE FOUNDATION
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
A Unit of SI SI Foundation
on behalf of Hospital)
नाम, विवरण और अधिकारी
गोपनीय वित्तीय उपकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर।



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर।

