

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

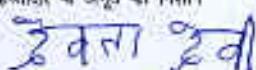
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रकाश में दिये गये सभी विवरण बते जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कथन आगले पापा जाता है तो उसे सहायता निम्न की जैसी सही है।
- 2) मेरे द्वारा जौ सहायता गाई "कोशिका फाउंडेशन", जो तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पर्याप्त है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गाई का अधिकार यह सकात हिस्सा किसी अन्य ग्राहक/नियोजक/बोर्ड कम्पनी से न हो जाया है और न ही अधिकार में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करते)

- 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 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की लाप सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुरी विवरण और उसके ज्ञानीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पापा, फॉटो और जो विवरण इस प्रति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, ज्ञानीयों, जाग, याचाराद्वारा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी परिवर्तनों और विवरणों के लिए किसी भी प्राप्त गाम्यता से व्यवस्थित करते हैं। यदि प्रयत्न का विवरण ये उल्लंघन के पहले जा पाए ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने ज्ञानीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस चाल से सहमत हूँ कि मेरा नाम, ज्ञानीयों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है यह स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानीयों जो निर्णय जाताएं और वाच्यकरण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (अस्पताल द्वारा करते)

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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषणा की विवरण सहायता हेतु विवरणों को जाता है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से भव्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं अपने भाई/भाईया और न हो भाईया में विभिन्न सहायता किसी भी संस्कृती संस्कृत या जिसी अन्य भाषेत जैसे उसके गोणीयाद्वारा ने लेंगे या जो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निम्न उक्त के साथ ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नदर हेतु किए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरि अधिकारकर्ता हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर संस्कृती भाषा या किसी अन्य सामाजिक से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इन पूर्व में स्पष्ट बता जाता है कि अस्पताल द्वितीय नदर उक्त उक्त उपकारों से हेतु किसी ने संस्कृती संस्कृत या किसी अन्य साधारण में नहीं लेना/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लौटे नहीं सहायता बंचल विवरण प्रदृश्यते जाते हैं। योगी पर अस्पताल द्वारा यी गई ज्ञानीयों द्वारा हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ज्ञानीयों का कोई व्याप्त नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में योगी के हस्ताक्षर सुनिश्चित और जाने जाने की सही विवेचनीयों द्वारा दृष्टि दर्शायी जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संक्षिप्त

**Dr. Rohit Harrison**

Chief Administrative Officer

Shroff Eye Centre

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

नम व पर हस्ताक्षर अधिकारी

Date of Surgery
अपोलाय की तिथि

12/01/24

DR. APOLOVIA AGRAWAL

DMC No. 20218

Shroff Eye Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

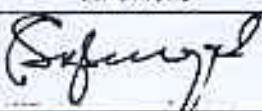
उक्त द्वारा नाम व हस्ताक्षर व तिथि:

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यसी हस्ताक्षर 2

