

DECLARATION by APPLICANT: अनुरोधक 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 घोषित करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये आपकी विवरण वहीं जानकारी के अनुसार तथा एवं सही है। यदि कोई विवरण इन्हें बदल अलग चर्चा जाता है तो मैं यह स्वतंत्रता निभाता जाऊं जो मैं चाहता हूं।
- 2) मेरे द्वारा जो स्वतंत्रता गांधी "कोशिका पाउडरेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग दस्ती उपचार को दूरी के लिये दिया जावेगा, जो इस प्रकाश में भाव नहीं है।
- 3) मैं यूटी जाता हूं कि विषय स्वतंत्रता देने वाले ग्राहक योग्य नहीं हैं, उपर दिये जा रखीक ए नकल विस्तृत विवरों जैसे जन्म फ्रैम्हेन्डेन्स व्हिवरों से न तो लिया है और न ही संबंध में रहता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आनंदक द्वारा करार)

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) इन प्रकाश पर अपने हालाधार ना लगाएं जो आप ताजाकर, नैं (आवेदक) आपनी सहायता को दूरी करता है एवं "कोशिका पाउडरेशन और उपचार व्हिवरों" को अधिकृत जाता है कि ये गया नाम, जन्म, जाति और जो विवरण इस प्रकाश में दर्शित है, उसे "कोशिका" इनम् जाक्सी, बन, बालकाणी दूरी बदलेन से दूरी गलिनीभियों और उपचारभियों के लिये बित्ती भी प्रस्तुत नहीं करना चाहिए जबकि वे अधिकृत हैं। ऐसे प्रत्येक जो विवरण गंभीर दूरी के पहले या बढ़ाने के बाहर से उपचार के लिए "कोशिका पाउडरेशन" व ज्ञाते जातिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से शामिल हूं कि गया नाम, जन्म, जाति और विवरण जो कि सहायता को दूरी देने के लिये जारी किया गया है युक्त उपचार का उपचार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपचार व्हिवरों का विस्तृत विवरण और विवरण द्वारा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुरोधक जो ज्ञातादात एवं अनुरोधक जो ज्ञाता

*M. Egbal***AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा 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/illness/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.

एग्जाम अधिकृत, हस्पताल को अंग त जागाएंगे जो "कोशिका पाउडरेशन" से विविध सहायता द्वारा दिया जाता है, जिसे आप (हस्पताल) जिन व्हारों से मानते हैं अधिकृत करते हैं।

1) यदि कि न तो योगान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी स्वरूप संस्थान या किसी अन्य त्रोत से उपर देंगें जाने का ले रहे हैं, तो उनके लिये "कोशिका पाउडरेशन" में विवरण दिये जाने के लिये उपचार व्हिवरों में दर्शित है। यदि "कोशिका पाउडरेशन" द्वारा ज्ञाता दिया जाना विनाई डायरिक्टरिकल डॉक्टर नहीं किया जाता है तो अपेक्षा उपचार व्हिवरों अन्य और स्वतंत्र संस्थान या किसी अन्य समाजाधारी में सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रहता है। इस पृष्ठे में स्वतंत्र कहा जाता है कि अस्पताल डिपार्टमेंट द्वारा देंगे उपचार व्हिवरों में दर्शित होगा।

2) "कोशिका पाउडरेशन" से ली गई सहायता के बारे विवरण प्रकृति को देते हैं। ऐसी पर इस्पताल द्वारा दी गई सहायता का नुगाल गंभीर एवं उपचार व्हिवरों के बीच जो विवर है और "कोशिका पाउडरेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई व्यवहार नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की ताकि विस्तृत विवरण गंभीर एवं उपचार व्हिवरों की हांगी और "कोशिका" को कोई खुफिया या विवरण द्वारा नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

रूपेश कर्ता के लिए संस्थान

Date of Surgery आगंतवार की तिथि <i>16/9/24</i>	DR. ANUPAMA AGRAWAL DMU No. 86918 Shroff Eye Centre [Name of Dr. & Regn. No. with Stamp] डॉक्टर जा नम व हस्पताल व रोगि न.	Dr. Rohit Harris (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Shroff Eye Centre on behalf of Hospital) नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदक दर्शक द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1:

नवाची हस्पताल ।

*Safayal***SIGNATURE of TRUSTEE 2:**

नवाची हस्पताल ।

Rohit