



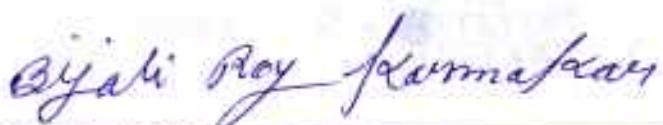
**DECLARATION by APPLICANT:** व्यक्तिके द्वारा घोषित करा:

- 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 लेपता करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये ममी विवरण में सहायता के बनावट साथ एवं नहीं है। यदि कोई विवाह पर्याप्त कार्यक्रम पापा जाता है तो मैं उसे सहायता निरुद्ध करा सकता हूँ।
- (2) मैं द्वारा जो सहायता की "कार्यक्रम पापान्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसे उद्देश्य के सिद्ध विवाह आयोग, जो इस प्रकार में भरा रहा है।
- (3) मैं पुरी करता हूँ कि विवाह सहायता हेतु यह प्रधाना को गई है, उस गोता का विवाह का सकाल विस्ता विवाह या भोग/निवालकोमा कामनी में न गैलिया है और न तो विवाह में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (व्यक्तिके द्वारा कराया)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रपत्ति पर अब इसलाभ का अपने की ओपरेशन का लाप लगाकर, मैं (व्यक्तिका) अपनी सहायता की पुष्ट करता हूँ एवं "कार्यक्रम पापान्देशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, जीती और जो विवाह इष्ट-प्रपत्ति में लिखित है, उसे "कार्यक्रम" एवं जीती, जन्म, विवाह का दूसरा उद्देश्य में जूही विविधियाँ जौर उपलब्धियाँ जो लिये किसी भी इनाम गार्हण के प्राप्तानि करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उद्देश्य का विवाह में उत्तम वे गहरे या बाद जो जारी के लिए "कार्यक्रम पापान्देशन" का जारी अधिकृत है।
- 4) नोट : (व्यक्तिका) इस वापर से सहायता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, जीती और विवाह जो कि सहायता के उद्देश्यों से लिखित हैं युही नाम, सहायता का उपकरण नहीं बनता। इस वापर में "कार्यक्रम", एवं उसके जारीवायी का लिये अविष्ट और अधिकृत होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
व्यक्तिका के हस्ताक्षर का अनुमति का लिया गया



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इन्स्पेक्टर द्वारा कराया)

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.

एसो-अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर मैंने लिया है कि "कार्यक्रम पापान्देशन" में लिये हुए विवाह की जाती है, जिसे हम (इन्स्पेक्टर) द्वारा इष्ट-प्रपत्ति में नाम व सहायता करते हैं।

1) यह कि न तो बतेगा और न ही अधिकृत में लिये हुए विवाह की जाती है कि सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उपर योगीजापान में ली गयी जा सकते हैं, जैसे कि हमने "कार्यक्रम पापान्देशन" में लिया है। यदि "कार्यक्रम पापान्देशन" द्वारा जारी हुए कि है। यदि "कार्यक्रम पापान्देशन" द्वारा सहायता योगीजापान हो जाए तो किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गोता जाती है। यदि सहायता संस्थान के किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्वयं जारी जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवर उत्तर लीनी-प्लान हेतु किसी जारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेगा।

- 2) "कार्यक्रम पापान्देशन" में नोट गई सहायता कोक्षता विवाह प्रक्रमी करते हैं। योगी या अस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रतिक्रिया का दुनाम गोते पर्याप्त हस्ताक्षर का लिये है और "कार्यक्रम पापान्देशन" द्वारा किसी जाकार को कोई उल्लंघन नहीं है। इसलिये अस्पताल में गोते के इनाम चुकाए और उने जाने के बारे किसी गोती या अन्य काम की होगी और "कार्यक्रम" की ओर चुकाए जाने का लिये होगी। इस नमस्ते में वही होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

*Dr. Shibashis Das*

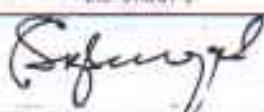
M.B.B.S M.S  
Gold Medalist  
(Name of Dr. Roy, No. and Stamp)  
ट्रॉफी का नाम व हस्ताक्षर का गोते, न.

*Optom Athijit Das*

Senior Program Officer  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
*Sankara Eye Care Institute*  
नाम व पर अस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
नामी हस्ताक्षर ।



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नामी हस्ताक्षर ।

