

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रबंधन को नहीं है, उन्ही-उद्देश्य का आर्थिक या वस्तुतः विनियम किन्हीं अन्य स्रोत/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार यह आवेदक द्वारा करार किया जाता है कि मैं (आवेदक) अपने सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रसारित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मंच, प्रकाश/या दूरदर्शन से मुझे सहायता हेतु और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार सहायता के प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा माया विवरण को इस प्रकार में प्रसारित करने से मेरे नाम को लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उन्ही न्यायोपयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

Md Ashique

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हथ (हस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता से अधिकृत करता है।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किन्हीं और सहायता स्रोत से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं सहायता स्रोत से ली जायेगी, तो हम सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश करने के लिये अधिकृत हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट नहीं है कि हस्पिटल किसी और सहायता स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश करने के लिये अधिकृत नहीं है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जायेगी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हस्पिटल में रोगी को इलाज/उपचार की सही सिफारिश/सिफारिश करने का अधिकार है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
24/01/25

Dr. Sankar Das
Director
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
नाम और रजि. नं. के साथ हस्ताक्षर

Optom Avhiit Das
Senior Doctor & Authorised Signatory
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Sankar Jyoti Eye Institute
नाम व पद हस्पिटल/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1
Safaraj

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
Sankar