

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस फॉर्म मेरे नीचे विवर मेरी बलमती के बहुत साथ यह है। यह जोई विवरण यह कभी अप्राप्त पाया जाता है तो मेरी शाक्ति विवर की तरफ नहीं है।
- 2) मैं इन यी शाक्ति परी "कोशिका चालान्डेस्ट", मेरी जाए दौड़ता है, उसका उद्देश्य यही चालान्डेस्ट की तृप्ति मेरे लिये विवर लाना, जो इस बाबत मेरा गता है।
- 3) मैं पुराणे करता हूँ कि विवर नहीं देता कि प्राप्ति की गई है, वह गति का अधिक यह बाबत विवर किये अन्य व्हाइटिंग्स बालमती मेरे न तो विवर है और न ही खोया जैसा है।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मेद 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 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 बाबत पर अपने इस्तमाता या अंगठी की द्वारा दर्शक, मेरे (अंगठी) अपनी सामग्री की तृप्ति करता हूँ कि ये काम, वह, कोई और जो विवरण इस प्राप्ति मेरे खिलाफ़ है, उसे "कोशिका" एवं नहीं, या, वाक्यात्मक यूनिट उत्तरार्थ मेरे जुही गोलीशिखियों को बलायेगाते जो लिये विवर की तरफ वापस तो इत्याहुति करने के लिए बहिष्कृत है। मो प्राप्ति का विवरण मेरे इत्याहुति के जाती या बाहर मेरे करने के लिए "कोशिका चालान्डेस्ट" न जानी चाहिए है।

2) मैं (अंगठी) इस बाबत मेरे इस्तमाता हूँ जिसे बाहर, या, दूर्भाग्य और विवरण जो कि बालमती के उत्तरार्थ मेरे इत्याहुति से ज़्यादा है तृप्ति करता हूँ काम करता नहीं करता। इस सम्बन्ध मेरे "कोशिका" एवं उत्तरार्थ व्हाइटिंग्स का विवर अंगठी और दर्शकाती हीगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इस्तमाता का अंगठी का विवर



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तमाता 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.

इन्हीं अधिकारी, इस्तमाता की जाती मेरे इस्तमाता की "कोशिका चालान्डेस्ट" के लिये वापस देते विवरण की जाती है, जिसे हाल (इस्तमाता) जिस द्वारा मेरे इत्याहुति करते हैं।

1) यह कि न हो जानकारी और न हो भवितव्य मेरे विवरण जाताहुति जिसी दौरे बलमती-जानकारी-जानकारी या विवरण जान करने से बहुत दूर दौरीशाली होने के से यह है, जैसे कि हमने "कोशिका चालान्डेस्ट" मेरे विवरण मेरे इत्याहुति के लिये इस्तमाता के सम्बन्ध मेरे "कोशिका चालान्डेस्ट" द्वारा सहर है। यह, "कोशिका चालान्डेस्ट" द्वारा वापस विवरण अंगठी/बालमती का देता है तो यह बालमती के लिये इन दूरे दौरीशाली दौरी के लिये अन्य व्हाइटिंग्स या विवरण जान करने से नहीं होना चाहिए।

2) "कोशिका चालान्डेस्ट" मेरे ही एवं इस्तमाता के लिये दूरी है। दूरी एवं इस्तमाता द्वारा ही यह जाता है कि यह व्हाइटिंग्स या बालमती द्वारा दूरी है। इसलिये इस्तमाता मेरे दूरी के लिये एवं इस्तमाता द्वारा दूरी है। इसलिये इस्तमाता मेरे दूरी के लिये एवं इस्तमाता द्वारा दूरी है।

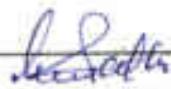
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Date of Surgery
बीमारी की तारीख


Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Designation)
Consultant डॉ. लक्ष्मी दोरेनवर निवासी व्हाइटिंग्स

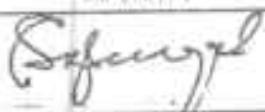
66/04/23


Mr. Lakshmi Pathi N
(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)
Institute of Ophthalmology & Eye Care
(A unit of Shri Sathya Sai Baba Eye Care Trust.)
2164, Thirumalai Road, Mysore Taluk, Bellary District, Karnataka, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी इस्तमाता 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इस्तमाता 2

