

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोत्साहन प्राप्त:

- 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 प्रोत्साहन करता हूं कि इस प्राप्ति में लिखे गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार यह वर्तमान में ही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन अप्राप्त पाया जाता है तो मेरी महाप्राप्ति निपट भी जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जीते गए सभी विवरण यही उद्देश्य की पूर्ति के लिए लिये जाएंगे, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि विवरण महाप्राप्ति हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस योगी का अधिकार या महाप्राप्ति की गमनी से न हो सकता है और न ही परिवर्तन में होता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

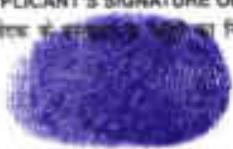
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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.

- 1) इस प्राप्ति पर आवेदक द्वारा जारी की गयी जानकारी, मैं (आवेदक) जापानी महाप्राप्ति की युक्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" और "उचित नामों" की व्यापकता करता हूं कि मेरा नाम, जाति, जाति और जीते गए विवरण इस प्राप्ति में शामिल हैं, जो "कोशिका" एवं नामों, जाति, जाति और विवरण जीते गए महाप्राप्ति के उल्लेखों में शामिल हैं और उपलब्धियों के लिए जीते गए विवरण में शामिल हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में महाप्राप्ति हूं कि मेरा नाम, जाति, जाति और विवरण जीते गए महाप्राप्ति के उल्लेखों में शामिल हैं जुहु़ महाप्राप्ति, महाप्राप्ति का जाकरण नहीं करता। इस प्राप्ति में "कोशिका" एवं उचित नामों का लियोग अद्वितीय और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के नाम पर लगाया जाना चाहिए



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल 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 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/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.

इसके अधिकार, इसकी की ओर से याम्लोगों को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध महाप्राप्ति की जाती है, जिसे हम (हास्पिटल) जिन द्वारा में यान्त्र व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिकार और न ही परिवर्तन में विविध महाप्राप्ति की ओर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उस प्राप्ति के लिए यहाँ से जाए जाए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविध विविध उचित के नामों में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाप्राप्ति विविध अधिकारप्राप्ति हेतु मन्त्रों की विवरण जाता है तो अस्पताल विविध अधिकारप्राप्ति द्वारा मन्त्रों की विवरण जाता है जिसकी अन्य गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से महाप्राप्ति संस्थान से का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध अधिकारप्राप्ति के लिए जानकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से यही लेना/देना।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई महाप्राप्ति के लिए विविध उचित की ओर है। ऐसी पर हास्पिटल द्वारा यह लिये गए उपचार/प्रक्रिया का उत्तम रूप से एवं हास्पिटल के बीच या विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाय नहीं है। इसलिए हास्पिटल में उचित के लिए सुलभ और अन्य जाने की सारी विविधता ऐसी एवं हास्पिटल की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी भी रूप से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति को लिये जानेवाली



Mr. Lakshminipathi N.

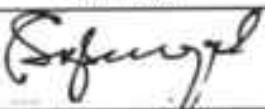
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हास्पिटल अधिकारी अधिकारी

Date of Surgery अंतिम की तारीख <i>1/5/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Rhodo. & Refractive KMC No. 902442
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्पिटल ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पिटल 2

