

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र 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।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से मैं या मेरे परिवार को याद है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, धार, वाचनालय दुर्लभ इन्टरनेट में जुड़ी पत्रिकाएँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का निशान मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यायीयों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है सुनिश्चित रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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:
- 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 को और वे पत्र/पत्रिका को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से धार्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विस्तार उक्त संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित रूप से स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तिय प्रकृति की है, उसे या हस्पताल द्वारा ही ली जाना या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुनिश्चित रूप से हस्पताल के धार्य का निशान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्ष और जाने जाने को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई सुनिश्चित या जिम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>24/05/2023</p>	<p><i>Dr. Lakshmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हमारे को चरे व हस्ताक्षर व टैम्प</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp) Authorised Signatory Institute for... (A Unit of...)</p>
--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION # 100...

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	