



**DECLARATION by APPLICANT:** नम्रेक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश ने दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार भल एवं यादी हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कथन अस्वीकृत बताता है तो मेरी महाप्राप्ति निलंबन की जा सकती है।
- 5) मैं इस जैसे महाप्राप्ति "कोशिका फाउंडेशन", मेरी का नाम है, उसका उपयोग उसके उद्देश्य को नुस्खे के लिये विचार जायेगा, जो इस प्रकाश में भाग गया है।
- 6) मैं पुष्ट करता हूँ कि विचार महाप्राप्ति हेतु यह अपर्याप्त की जाती है, उस याति का अधिकांश या सकात विस्तृत विस्तृत अन्य धौत्रानियोगकारी व्यक्ति कामगारी से न तो विचार है और न ही भविष्य में होगा।

**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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकाश या अपर्याप्त का अंतर्गत की जाने लक्ष्यकारी, मैं (आवेदक) अपर्याप्त कामगारी की पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके यात्री" को अधिकृत करता हूँ कि यो यात्रा, यात्रा और जैसे विवरण इस प्रकाश में चिह्नित है, उसे "कोशिका" यथा नामी, दाता, यात्रकार्य दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विस्तृत भौतिक प्रकाश यात्रायां में प्रमाणित भवति है।
- 4) मैं (आवेदक) इस यात्रा से महाप्राप्ति हूँ कि यो यात्रा, यात्रा, फौटो-और विवरण जैसे कि महाप्राप्ति की उपर्योगी से विचार हैं मुझे नहीं; महाप्राप्ति का हक्कादार नहीं बनता। इस अपर्याप्त में "कोशिका" यथा उसके यात्री का विवरण अधिकृत और बाधकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणार्थी को "कोशिका फाउंडेशन" से विचार महाप्राप्ति हेतु विभागिता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकाश से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

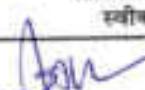
- 1) यह कि न हो वायिन और न हो वायिन में विचार महाप्राप्ति किसी भी मात्राकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त यात्रियोंको में संरेख या ले ले रहे हैं, जैसे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" से विचारितविती उठते की सम्भव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा हेतु नमूने लेने किया जाता है या अन्यान्य किसी अन्य की यात्रकारी संस्था या किसी अन्य अन्यान्य संस्था से महाप्राप्ति संरेख का अधिकांश सुरक्षित रखता है। इस पुष्ट में स्पष्ट करा जाता है कि अन्यान्य द्वितीय पट्ट उक्त यात्रियोंको हेतु किसी भी मात्राकारी संस्था या किसी अन्य साधारण से नहीं संरेखलायेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तीर्ती गई महाप्राप्ति को जानकारी द्वारा या नहीं यात्रा या यात्रियों द्वारा इस हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई रखाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में तीर्ती के इसका मुख्य और अन्य कोई की सूची विभेदिती नहीं एवं इसका कोई दूसरी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमोचनी इस यात्राएं में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

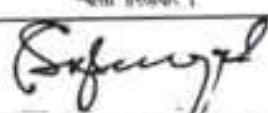
स्वीकृती के लिए, संक्षेप

Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नम्र व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम की तारीख 11/12/24	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> • MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90216
FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION	

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर ।

