

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसी जनकारी के अनुसार सच्च एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारब्र असाध गया जाता है तो मैं नियम नियम की कारब्री है।
- 2) मैं द्वारा जी महापात्र गांधी "कांगोलिका फाउंडेशन", में रही जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पुराणी वृत्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में भट्टा रखा है।
- 3) मैं युक्त करता हूं कि विवरण महापात्र द्वारा यह घोषणा की गई है, उस दृष्टि का अधिकार यह लक्षण विस्तृत कियो जाने और नियोजित/वीचा कामकारी से न तो लिया है और न ही अधिकार वैध नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट 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 फॉर्म पर जाने वाले व्यक्तियों द्वारा जारी घोषणा की गयी यह "कांगोलिका फाउंडेशन और उसकी जनकारी" को अधिकृत करता हूं कि मैंना नाम, पता, फोटो और जीवनावधि इस प्राप्ति में योगदान की है, उसे "कांगोलिका" एवं नाम, नाम, जागतिक दृष्टि उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कियो जीवन व्यवस्था से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। यह उपर्योग का विवरण ऐसी इच्छावाली के बहाते जा रहा था मैंने करने के लिए "कांगोलिका फाउंडेशन" का नामकरण अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से महसूस हूं कि मैंना नाम, पता, फोटो और विवरण यहे कि महापात्र के उद्देश्यों से अधिकृत है युक्त यह महापात्र का इकायार जीवन व्यवस्था में "कांगोलिका" एवं नामकरण का विस्तृत अधिकार और व्याख्याकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्पेलेंट को इसलाभ के लिये आवश्यक

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल 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.

इसको अधिकृत, इसलाभीय को द्वारा से भागले/दोस्रो को "कांगोलिका फाउंडेशन" में विस्तृत महापात्र द्वारा विस्तृत की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न प्रकार में व्यक्त करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यापक और न ही व्यापक में विस्तृत महापात्र किसी ऐसे व्याख्याकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था में उक्त या तो हो रहे हैं, यैसे कि हमने "कांगोलिका फाउंडेशन" में विस्तृत विवरण द्वारा जीवन के मध्यम में "कांगोलिका फाउंडेशन" द्वारा महापात्र विस्तृत व्यापक/व्यापक द्वारा मन्त्रालय नाम किया जाता है तो गमनलाल के विवरण द्वारा जीवन के मध्यम में "कांगोलिका फाउंडेशन" द्वारा महापात्र को द्वारा यही किया जाता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि असलाल द्वितीय व्यापक उक्त या योगी/योगीयालाल द्वारा किसी अन्य व्यापक व्यापक या किसी अन्य स्थान से महापात्र द्वारा का व्यापक सुनिश्चित रखता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि असलाल द्वितीय व्यापक उक्त या योगी/योगीयालाल के व्यापक व्यापक या किसी अन्य स्थान से नहीं संग्रहीत होती।
- 2) "कांगोलिका फाउंडेशन" में नहीं व्यक्त महापात्र के विवरण द्वारा दी गई महापात्र या किसी गवे उपचार/व्यापक या युक्ति योगी एवं हास्पातल की ओर का विवरण है और "कांगोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त या कोई उपचार नहीं होता। इसलिये हास्पातल में नहीं की जाती उपचार सुनिश्चित और जाने जाने की सही विस्तृत योगी एवं हास्पातल की होती और "कांगोलिका" की कोई भूमिका या किसी दूसरी इस व्यवस्था में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trus.)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हास्पातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अधिकृत की तारीख
11/12/24

Jr. Laxmi Dorennavar
MBBS, M.S, FRCR, FICO
Consultant Phaco & Refractive
D.M.C. No. 000244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हास्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हास्पातल 2

Safayal

Lakshmi