



**DECLARATION by APPLICANT:** अभ्यर्थक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता गलत या झूठ साबित होती है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में और किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड और न ही सहायता नहीं लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा सहमति)**

- 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.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा दानों, छाप, वास्तविक दुरुपयोग से छुट्टी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रचार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को नहीं अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णयों का निराकरण और वापस कर दिया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:  
अभ्यर्थक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान



L.T. Narayan

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से भालदेवीजी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मिलेगी यदि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सहायता/वित्तियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु किया है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता फंडेशन वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता का निर्णय हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव छोड़ देता है। हमें सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर द्वारा और करने वाले को सही निर्देशों को देना है और "कोशिका" को कोई दायित्व या निर्देशों इस संपर्क में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Handwritten signature*

Dr. NUPUR GUPTA  
MS (OPHTHAL)

Reg. No. 148318222

CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital)

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
20/10/24

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार हस्ताक्षर 1

*Handwritten signature*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार हस्ताक्षर 2

*Handwritten signature*