

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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 हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य पर्यंग हैं। यह कार्य विवरण एवं कारण अपर्याप्त पापा बताता है जो मेरी सहायता निश्चय की जा रही है।
- 2) मेरे द्वारा जी जानकारी दी गयी "कोशिका फाउंडेशन", जो ऐसी जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य के लिए किया जाना चाहे, जो इस प्राप्ति में चढ़ा गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि लिए जानकारी हेतु वह प्राप्ति की गई है, उस दीर्घी का अधिकार या उपर्योग जानकारी से न तो लिया है और न ही अधिकार ये लीटा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हास्ताक्षर पर अंगते की जाव अगाहरा, मैं (आवेदक) नामी सहायता की पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदीय" को जाखिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, जांची जावे जो विवरण इस प्रपर्यंग में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामी, नाम, जानकारी दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए कियो जो प्रस्तुत या व्याप्ति या प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण ये इतना जो भावते जा जाए ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इह काल में जानकारी हूँ कि मेरा नाम, नाम, जांची जावे जो कि जानकारी के उद्देश्य में दीखता है मुझे उपर्याप्त सहायता या हक्कों की बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोदीय जो विवरण अधिकार और जानकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जानकारी के हास्ताक्षर या अंगते का लिखान

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पताल 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:
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इन्होंने अधिकृत, हास्पताली की ओर से मामले/एवंगो को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जानकारी हेतु सिवायित की जाती है, जिसे हम (हास्पताल) निम्न प्रकार में सत्य व स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि मेरी जानकारी और न ही भविष्य में विविध जानकारी कियी जावे जानकारी संबंधित या किसी अन्य संकेत से उपर्याप्त जानकारी ये संगें या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्तिवालीकृत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा एवं नहीं कि है। यही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निश्चित अधिकार या कार्यक्रम हेतु नहीं जानकारी दी जावे जानकारी संभव या किसी अन्य सम्बन्धित से जानकारी लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण ये संकेत करने वाला है कि अस्पताल द्वितीय एवं उसके गोरी/मामले हेतु किसी नहीं जानकारी संभव या किसी अन्य साधन में वही संग्रहीत होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जीवी गर्भ सहायता कोवल विविध प्रकृति की है। योगी पर हास्पताल द्वारा ये जीवी जानकारी या विवरण गर्भ विवरण/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हास्पताल के दीवार का लिखा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हास्पताल में योगी के इतना सुनाव और जाने जाने की सही विवेद्यता योगी एवं हास्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेद्यता इस मामले में वही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
Nagle-Hanumanthappa Bed, Miller Tank Bed Area
16 M, Hennegowda Bed & Room of Authorised Signatory
on behalf of Hospital

नम व ए अस्पताल अधिकृत अधिकारी

92/5/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Rhinoseptal & Refractive
Surgery, NRI Eye Hospital, Bangalore, India
Mobile No. +91 98802 11111

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संनायिक उपर्योग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2