



**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शक द्वारा भरण)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) जो प्रारण में बताया गया है "कॉशिका फाउन्डेशन", में ही का जो है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्यत्र से भी नहीं हूँ, उस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये, जो इस प्रारण में बताया गया है और मैं इस सहायता के लिये अन्यत्र से भी नहीं हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा भरण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (अर्शक) अपनी सहायता के लिये बताना हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोधीन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारण में बताया है, उसे "कॉशिका" एन.डी.ओ., ट.एन. सहायता/या दूसरी उद्देश्य में बहुत सीमित/सीमित और इलेक्ट्रॉनिक/या अन्य माध्यमों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार/प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारण का विवरण को प्रारण में बताया गया है या नहीं करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायोधीन अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग है बहुत सीमित/सीमित/या अन्य माध्यमों का प्रचार/प्रसार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एन.डी.ओ. न्यायोधीन का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**  
अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि मैं तो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय/वित्तियक/सहायता हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस लिये मैं स्पष्ट बताना चाहता हूँ कि हमसबल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेती।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से मैं कोई सहायता/संभव वित्तीय सहायता को है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई भी सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसबल मैं रोगी को प्रारण सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>7/6/22</p>	<p><b>Dr. Nagesh B N</b> Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shri Chandra Prasad Tripathi Trust) MGRS, Bangalore</p>	<p><b>Mr. Lakshmi pathi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of Shri Chandra Prasad Tripathi Trust) e-1634, Thimmaiah Road, MGRS, Bangalore</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्शक उपयोग हेतु)

<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यायोधीन हस्ताक्षर 1</p>	<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यायोधीन हस्ताक्षर 2</p>
	