

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरण कर)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा सत्य बताने है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का यकीन है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग-गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा कर)

- 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 fulfillment 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में भेषित है, उसे "कोशिका" दान, न्यायी, दान, वाचनालय दानों वद्वारा या किसी भी माध्यम के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के लिये या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से भेषित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, न्यायी, दान, वाचनालय दानों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट उद्देश्य/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय पक्ष उद्देश्य/प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमस्पताल द्वारा ही सर्व प्रकार के चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमस्पताल हमस्पताल में रोगी के उपचार सुधार और अपने जाने की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

10/06/22

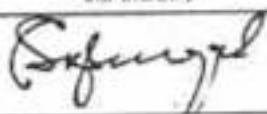
Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surg.
Institute for Diseases of the Eye
(A Unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust)
KMG Reg No - 81123

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A Unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust)
18/04, Thimmarah Road, Bangalore

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

