

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसृत करने एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता धारा "कोशिका प्रदानकरण", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि विश्व सहायता हेतु या प्रार्थना की गई है, उस धारा का अतिरिक्त या सकल हिस्सा किसी अन्य धर्मनिरपेक्ष/धार्मिक/धर्म/कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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/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 it's 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 प्रश्न का उत्तरने सहायता या आगे के साधन साधक, मैं (अन्वेषक) अपनी सहजता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंगन जोर उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" प्रश्न न्यायी, राज, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और वपनधियों के लिये किसी भी प्रकार व्ययधन से प्रयुक्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंगन" त न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रोक्त है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रश्न उसके न्यायी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आमंत्रण के इस्तेमाल या अंगुरी का पित्तन



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.

इसका अधिकतम हस्ताक्षरी की ओर से सम्मलेनशी को "कोलिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (हस्ताक्षर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिष्ठा में विविध महापदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च होती/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफ्टीज/विनिर्जित उच्च को प्रत्यक्ष में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापदा विनिर्जित अधिष्ठा/समस्त हो गन्तु नहीं किंचित जगह है तो असम्भव किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में महापदा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भव द्वितीय गहर उच्च होती/पायल हो किंचित गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में लेने एवं महापदा केवल विविध प्रकृति को है। होती या हमसकल द्वारा ही गई महापदा या किंचित गये उपचार/प्रक्रिया का प्रथम होती एवं हमसकल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकाश नहीं है। इसीसे हमसकल में होती के प्रकाश मुक्त और जाने को नहीं किंचित होती एवं हमसकल को होती और "कोशिका" को कोई प्रकृति या किंचित होती इस पायल में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shroddhe Eye Care Trust)
16/M, Thirumalaiah Road, Miller Tank, Badli
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Phaco & Refractive

Table 1

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासौ दमण्डरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Exchanged

2020