

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: जातिदल द्वारा घोषणा यह-

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना की सहायता यही "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरी गयी है, उस सहायता का व्ययिक या सरकारी विभाग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीय।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING JOB SET)

- 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना मेरे इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यासी, दान, साधना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रमोशन करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिना मेरे कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आभेनक के हस्ताक्षर या अंगूठी का प्रमाण



AGREEMENT by HOSPITAL (USE WHEN THE HOSPITAL IS THE AGREEING PARTY)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को उद्धरण में सम्मिलित करने को "कोशिका प्रामाण्य" से मिलित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्षावन और न ही अधिवन में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च लेवी/पायले में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरानि/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। पर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत आसिक/सफल हेतु मनुष्य नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त लेवी/पायले हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। ऐसी पर इस्तेमाल इस दी गई सलाह या किने लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में ऐसी के इलाज सुरक्ष और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इस्तेमाल को होती और "कोशिका" की कोई प्रविका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संघीयता के लिए संसुति

Mr. Lakshmi pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of St. Vincent's Hospital)

(A Unit of Shradha Eye Care Trust)

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

on behalf of Hospital

नाम व पद हम्यताल अधिभक्त अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Lakshmi Dorennavar
• MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. B. Ramana Reddy
KMC, K. J. Somaiya

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इनाधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर २

Exemplar

Rich