

[illegible]

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 प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में ध्या गया है।

3) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस तरीका का उपयोग या प्रकार जिससे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे लिये हैं और मैं इसे भविष्य में लूँगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में अधिकृत है, उसे "कोशिका" वास्तु व्यापारी, राज, वाक्यांश/वाक्य द्वारा इंटरनेट से जुड़े मीडिया/चैनलों और इंफ्लुएंसर्स को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के चरणों या चक्र से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से व्यापारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यमों की इंफ्लुएंसर्स से प्रसारित है, प्रसारण का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" वास्तु व्यापारियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

अधिकतम ५० प्रतियां या अंग्रेजी या हिन्दी



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 अधिष्ठाता, इलाखरी की ओर से यहाँसे/होपी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हमसाता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमसाता और न ही वरिष्ठ में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में ली जा ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्ति उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अतिरिक्त/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमसाता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम पूर्ण से स्पष्ट बता जाता है कि हमसाता डिस्टीन पार उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमसाता द्वारा ले ले सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसाता को लेने का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाता में रोगी से इलाज शुरू और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसाता की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिक या जिम्मेदारी हम मरीजों से नहीं होगी।

मन्वीकृतो वो लिप्य संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of the Refractive Surgeon with Stamp)
(A Unit of the Government of India)

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

पान व पद हस्यलाल अभिषेक अभिषेकी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्याप्ती इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी हस्तक्षेप ३