

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में पता लगा है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विनियम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक द्वा कृत)

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" स्वयं न्यासी, दान, कायदा या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण जो इसका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" स्वयं उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेषक के इच्छाया या अंगुति का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकतर छात्राधीन को ओर से सम्बन्धितों को "कॉन्सिडर फ़ाउन्डेशन" से विभिन्न सहायता हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाथ) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो कर्तव्य और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/भयले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकार/सहायता हेतु चन्दन नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल विपरीत मदद उक्त रोगी/भयले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या हमपातल द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमपातल से सीधे का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिए हमपातल में रोगी के इस्तेमाल सुख और अपने अपने की खरी विपरीत/रोगी एवं हमपातल की होगी और "कोशिका" को कोई शुल्क या विपरीत/रोगी इस भयले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

01/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetic & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
(A unit of functioning eye care trust)
100, No. 1, 1st St., 1st Fl.,
100, No. 1, 1st St., 1st Fl.,

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Siddhaganga Medical Trust)
+91 94480 20000, 94480 20001, 94480 20002

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Defendant

Rich