

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
 - 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.
 - 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिली है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने गैर-आवक से प्राप्त होने वाले किसी भी प्रकार के भुगतान, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
 - 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोपक्ष, दान, वाचनादि वगैर उद्देश्य से मुझे उपलब्ध होने वाले उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपकरण के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोपक्ष अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्णतया सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

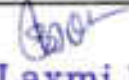

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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:
- 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.
 - 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.
- हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान देकर, हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हमें सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी आंशिक/पूर्ण रूप से नहीं प्रदान की जाती है तो हस्पताल को अपने और रोगी के बीच या रोगी के बीच अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत यह स्वीकार किया जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान देकर हमें उपकरण/उपकरण का चुनाव देना एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/11/22	 Dr. Laxmi Dorenavar (Name of Dr. / Surgeon for the Surgery) Refractive	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 8 MM, Thim...
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2
