

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लै गई सहायता राशी
1	DUES	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am not a U.S. citizen or permanent resident alien.

- 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 में सत्यतथ्य के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषयगत एवं वित्तीय असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से एक अन्य स्रोत से वापस नहीं लूँगा, जो कि मेरी जानकारी में है, जो इस प्रारूप में उल्लिखित है।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 1004)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा को डालने के बाद, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एनएन आईआई, एन, माध्यामिक द्वारा उद्देश्यों से सुधी प्रतिष्ठितियों और उपस्थितियों में शिथिल किया भी उत्तर माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का उपयोग करते हुए 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 विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आईआई के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इसासुर या अंगुठे का पिता



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर करें)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधीनस्थ, इसकावरी की ओर से भागीदारी को "कॉलिका पायमोन्ट" से स्थित बताया हो। निष्कर्ष की जाती है, जिसे इन (इसकावरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिक में विविध सहायता किसी और सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होती/मायले में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका आन्दोलन" से विपरीत/विपरीत जगह के सम्बन्ध में "कोशिका आन्दोलन" द्वारा मदद लेते हैं कि है। यदि "कोशिका आन्दोलन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संगठन से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सम्बन्ध किसी अन्य और सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित व्यक्ति मदद प्राप्त होती/मायले से किसी और सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका आन्दोलन" से लेने वाली सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या सम्बन्धित द्वारा लेने वाली सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं सम्बन्धित को बीच का विकल्प है और "कोशिका आन्दोलन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्बन्धित में ऐसी के इच्छा मुक्त और अपने अपने ही तरीके/तरीके से लेने एवं सम्बन्धित को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या विन्नेयरी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वास्थ्य के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2019

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS
Consultant Refractive

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
A unit of Shree Sri Sankar Trust)
M. Thimmaiah Reddy, M.D., FRCGS, FRCS(Ed), FRCS(Gl) FRCR
General Surgeon, Medical Oncologist

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
समर्थी हस्ताक्षर 2

01.12.2022