



## DECLARATION by APPLICANT (कालेज द्वारा घोषणा करें):

- 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.
- मैं योग्यता काला हूँ कि इस प्राप्ति के लिए मैं सभी प्रधान भौतिकीय के अनुचान सम्म पर्याप्त हूँ। यदि कोई विवर ऐसा काला अल्प पाप जाता है तो मैं सहायता निःशर्त की जा सकती है।
- मैं दूषण की सहायता करने के लिए उपयोग करते हैं, जिसका उपयोग उचित उद्देश्य की भौतिकीय के लिए किया जाता है, जो इस प्राप्ति में पर्याप्त है।
- मैं गृहित काला हूँ कि विवर सहायता हेतु यह पर्याप्त नहीं है, उसका उपयोग काला अल्प पाप के लिए किया जाता है जो इस प्राप्ति में नहीं है।

## AGREEMENT by APPLICANT (लाभार्थी द्वारा कार्रा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

- मैं इस प्राप्ति के लिए इसका उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके नालोंगे" द्वारा अधिकृत काला हूँ कि मैं नम, पता, खोली अंग वे विवर इस प्राप्ति में पर्याप्त हैं, जो "कोशिका" द्वारा नालोंगे, एवं, याकाना युक्त उद्देश्य से जुड़ी अधिकृतियों वाले वर्षान्वयों के लिए जिन्होंने भी काला सम्बन्ध में प्रभावी काले के लिए अधिकृत हैं। मैं इस प्राप्ति के लिए उपयोग करने के लिए कोशिका फाउंडेशन के नालोंगे अधिकृत हूँ।
- मैं (लाभार्थी) इस काले के लिए यहां हूँ कि मैं यह वाप, एवं, खोली और विवर जो कि सहायता के उद्दीर्णों में व्यापित हैं युक्त स्था, सहायता का इच्छायक नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपर्युक्त अधिकृतों का विवेच लीजिए और बाबताती होना।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आरेक के सहायता का अनुरोध का विवर



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तान द्वारा कार्रा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हांगर-अप्पनाम, हस्तानी जी की ओर से आमंत्रणाद्वारा की "कोशिका फाउंडेशन" से विवर सहायता हेतु विवरण को जारी है, कि यह इस (हस्तान) निःशर्त सम्म व अनीकान करती है:

- यह कि न हो सहायता और न हो अधिकृत सहायता किसी दूरी सहायता से उक्त काले व्यापारों में लागू नहीं हो सकते हैं, ये कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विवरित किया जाता काले के लिए यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत सहायता हेतु सम्भव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता के लिए आप सहायता से सहायता हेतु यह अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस दूरी में व्यापक काला जाता है कि अस्पताल द्वितीय काले के लिए अधिकृत सहायता हेतु किसी भी सहायता संसाधा या किसी व्यापक सहायता से नहीं होती है।

- "कोशिका फाउंडेशन" में यही गहरी सहायता किसी अन्य काले की ओर से नहीं होती है। ऐसी जो हस्तान द्वारा दी गई सहायता या किसी भी व्यापार/अधिकृत का चुपाल दी जाए तो इस हस्तान के लिए यह अधिकृत सहायता का कोई उपयोग नहीं है। इसलिए हस्तान में लागू नहीं होती है कि यह काले की ओर सहायता किसी दूरी से नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
समीकृती के लिए संकेतित

Date of Surgery  
अविहान की तारीख  
02/12/22

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
M.B.B.S, M.S, F.R.C.O.  
(Name of Dr. & Regn. No. with stamp)  
Consultant - Phaco & Refractive  
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
of Koshiika Foundation (an arm of Sankalp Trust))  
# 16/M, Thirumalai, ஸ்ரீராமகிரி பெட்டி, விழுதுவூர் வட்டார்

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नालोंगे इस्ताना 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नालोंगे इस्ताना 2