



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् डॉ. शीला राव)**

- 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 यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निराला एवं झूठा कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निराला हो जा सकती है।
- 2) मेरी इस सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा जो उद्देश्य बताया है, के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य पाया है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने सहायता हेतु जो प्रश्न पूछे हैं, उन उत्तरों का उपयोग या सहायता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् डॉ. शीला राव)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upon/produce 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.
  - 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 बाएँ की उंगली का निम्न छाप (अर्थात्) लगाकर मैं (अर्थात्) यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रेषित, प्रकाशित एवं प्रसारण में मुझे अधिकृत और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सहायता से उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति से इसका मतलब यह नहीं है कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उपरोक्त उद्देश्यों में प्रयोग किया जा सकता है। इसका मतलब यह नहीं है कि मैं "कोशिका" द्वारा सहायता अधिकृत हूँ।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थात् डॉ. शीला राव के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात् डॉ. शीला राव)**

By affixing her/his/their 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर कर्ता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से सत्य व सही उत्तर देते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य सोर्स से प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य सोर्स से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद प्राप्त करने हेतु सिफारिश की जाती है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारा द्वारा दी गई सहायता से किसी भी प्रकार/प्रकार का चुनाव मेरी एवं हमारा ही होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ही उत्तरों में सहायता प्राप्त और सत्य उत्तरों की सही सिफारिश हमें एवं हमारा ही होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
अधिकृत की ओर से सिफारिश

*Mr. Lakshmi Pathi*  
**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
OUTREACH BANGALORE  
DIABETES & EYE HOSPITAL  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
K. Srinivasanagar, Bangalore-62

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
25/9/25

DR. PREMESH S.H.  
M.B.B.S, D.O., M.D., F.F.S.  
Srinivasanagar and Patanjali  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थात् हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थात् हस्ताक्षर 2
<i>Dr. Shilpa Rao</i>	<i>Dr. Lakshmi Pathi</i>