

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कीजिए।

- 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 हूं कि इस प्रकार मे लिखते हुए सभी विवरण यही जानकारी के अनुसार सात सही है। यदि कोई विवरण यही कारण असाम यात्रा है तो मैं उसका विवरण भी यह सही है।
- 2) मैं इस के जावाहा की "कोशिका फाउंडेशन", से जीव जी हूं, उसका कर्मण उसी उद्देश्य की दृष्टि के लिए विषय बनाया, जो इस प्रकार मे था यह है।
- 3) मैं यूटिक कारण हूं कि विषय सहायता देने वाले जापानी की गई है, जहाँ यही का अधिकार या सहकार विस्तर कियी जाने और नियंत्रित की जानी से न जीता है और वही भवित्व में रही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 1) 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर का अंकों की छाप सहकार, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की यूटिक कारण हूं यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत कारण हूं कि यह यह, पहले और जो विवरण इस प्रकार मे भावित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासों, दान, जावाहा के दूसी उद्देश्य से युक्ती अधिकृतियों और उपलब्धियों के लिए विद्युती भी बनाया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस कारण से यहां पर हूं कि यही कारण के यहां से यह दूसरे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस कारण से यहां पर हूं कि मैं यहां पर हूं यही कारण के दूसरों से प्राप्ति है युक्ते यथा: सहायता या हाफायत यही बनता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का विशेष अधिकार और बनायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंकों का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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:

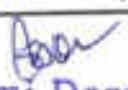
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर या अंकों की द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से विशेष सहायता हेतु विवरणीय की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) विन द्वारा से यह या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को गान्धीन और वही विशेष में विशेष सहायता दियी गी या स्वीकार संस्थान का विद्युती अब लोगों से लक्ष दौड़ियाँ लगाने वाले या ले ले हैं, जैसे कि इसे "कोशिका फाउंडेशन" से विफलीराजिती इकाई के सम्बन्ध मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी गई अधिकार/सहायता हेतु युक्ता नहीं किया जाता है तो असहायता कियी गई गैर सहायता नीति या विद्युती अब सम्पादन या सहायता सेवे का अधिकार युक्तियाँ रखता है। इस पृष्ठ में दर्शक का जाता है कि असहायता द्वितीय प्रदान दूसरे दूसरी कियी गई सहायता संस्था या विद्युती अब नाश से जीवी संस्थानोंपरी।

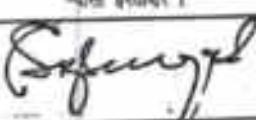
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जीवी यथा सहायता की विशेष प्रदूषिती की है। योगी पर असहायता द्वारा ही गई सहायता या जिसे गये उपचार/प्रक्रिया का युक्ता होती है वह असहायता की ओर जा रही है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी गयी कारण का योगी रखता नहीं है। इसलिए असहायता में योगी के लक्ष दूसरा नहीं जाने वाले को योगी किये जाते हैं एवं इसका को होगी नहीं "कोशिका" की योगी भूमिका या विशेषता द्वारा योगी में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थान**

Date of Surgery अंगोरण की तिथि 06/01/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. M/S/PR/2023) Consultant Ophthalmologist & Refractive	Mr. Lakshminath N Manager Outreach Koshika Eye Care & Eye Bank (A unit of Shreyas Eye Care & Eye Bank) No. 16/M, Thirumangalam, Puducherry - 605006 Tamil Nadu, India Mobile: +91 98412 55555 Email: info@koshika.org.in Website: www.koshika.org.in
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।

