

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत पत्र:

- 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 खोल्य करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण वासी बहानारी के अनुसार सच ऐसे नहीं हैं। यदि, कोई विवाद ऐसे कारण आवाहन प्राप्त करता है तो मेरी बहानारी निम्न की तरफ लगती है।
- 2) मैं द्वारा जीवन में कोई विवाद वासी बहानारी की गृहीत के लिये विवाद नहीं है, उसका उपरोक्त इसी उद्देश्य की गृहीत के लिये विवाद नहीं है, जो इस उद्देश्य में पड़ता नहीं है।
- 3) मैं गृहीत करता हूँ कि विवाद बहानारी के अनुसार सच नहीं है, उस गृहीत का विवाद या बहानारी के अनुसार सच नहीं है, जो इस उद्देश्य में पड़ता नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की साथ बाधाकार, वै (आवेदक) अपनी जाहाजी की गृहीत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीर्ण" जो अधिकारी करता हूँ कि मेरा नाम, पासवर्ड और जो विवाद इस प्रकार में खोल्य है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, एवं, वाचकात्मक रूप से उद्देश्य से जुड़ी विवादितियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रकार व्याप्ति में प्रयोग करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवाद में हस्ताक्षर के बहाने या बाद, मेरे बारे में लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यायी अधिकृत है।
- 2) वै (आवेदक) इस बात से जहाजर हूँ कि मेरा नाम, एवं, पासवर्ड और विवाद जो कि बहानारी के उपरोक्तमें प्राप्तिकृत है मुझे स्वयं, बहानारी का उपाय नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं, उसके न्यायीर्ण का नियंत्रण अधिकार और बाधाकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का निम्नान्

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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, हस्ताक्षरी की ओर से यापने/देखी गई "कोशिका फाउंडेशन" से विवाद बहाना की जाती है, कि विवाद इस (हस्ताक्षर) विवाद से जन्म व जीवान करते हैं।

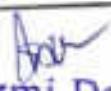
- 1) यह कि वे यह संस्थान और न ही खोल्य से विवाद बहाना किसी गैर बहानारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त एवं/या उसे में लें जाए हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" में विवादितियाँ उक्त व्यक्ति के बाब्ब में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त होती हैं; यदि, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बहानारी किसी व्यक्ति के बाब्ब और उसकारी संस्थान के बाब्ब अपने सम्बन्ध में सहानुभाव लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस गृहीत में स्वयं करता है कि अस्पताल द्वितीय ग्राहक उक्त एवं/या उसकी बाब्ब सहानुभाव लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से भी यह बहानारी कोयला विवादित प्रदृष्टि की है। योगी या इसकात द्वारा दी गई ग्राहक या विवाद एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं इसकात के बीच का विवाद है और, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ग्राहक या कोई एवं बाद नहीं है। इसकाते हस्ताक्षर में लेने के इताव सुनकर और अपने जाने की बाबी विवादित होती है। इस गृहीत में यही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संकेत


Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of SV on behalf of Hospital)
Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach, SV Hospital, Bangalore, India

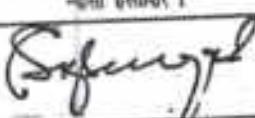
Date of Surgery
अंगोरेट की तारीख
06/10/23


Dr. Laxmi Dorennavar
(Name, Designation & Stamp)
Cornea, Glaucoma & Refractive

FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION

अनाविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

