

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 प्राप्ति काले हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये विवरण में सही जाति है और वही विवरण एवं जाति जिनके लिए माध्यम निश्चियता है।
- 2) मैं इस नोट सहायता की "कोशिका भाइडेंस" से जीवन जीता हूँ, जाति वर्गीकरण को अद्वितीय की दृष्टि से देखता हूँ और जाति विवरण को जीवन सहायता की बातों के लिए उपयोग करता हूँ।
- 3) मैं युवा जाति हूँ जिसे जीवन सहायता हैं जो आवंटित की गयी है, जो यहाँ का अधिकारी या जाति विवरण किसी वर्ष संबंधित वर्गीकरण कानूनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कारत)

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 eliciting 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 प्राप्ति पर आवेदक ने अद्वितीय की जाति वर्गीकरण, में (जातिवर्ग) जाति वर्गीकरण की युवा जाति है एवं "कोशिका भाइडेंस" की अधिकृत जाति है जिसे योग्य, उच्च, अद्वितीय वर्ग में दर्शाया गया है, जो "कोशिका" द्वारा नामित, उच्च, वर्षावाहक रूप से उत्तम वर्ग है जो युवा जीवितियों के लिए विशेष भी आवार माध्यम एवं व्यापक वर्ग के लिए अधिकृत है। योग्य का विवरण से, इसके के बारे में जारी नियम "कोशिका भाइडेंस" पर जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाति में सहायता हूँ जो जीवन सहायता, उच्च, अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाता है एवं सम्मान वाली "कोशिका" द्वारा उनके अधिकृत का विवरण अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इन्हें पर अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाना।



AGREEMENT by HOSPITAL: (उम्मीदवाला द्वारा कारत)

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.

इसके अधिकृत, इन्हें जीवन वाली "कोशिका भाइडेंस" में दर्शाया जाना वाली है, जिसे हम (इन्हें) नियम इन्हें जीवन वाली सभी वर्गों में दर्शाया जाता है।

- 1) यह कि न तो गर्भावासी वर्ग व वीर्यवासी वर्ग में दर्शाया जाना वाला जीवन वाली अद्वितीय वर्ग के लिए अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाना है। यह "कोशिका भाइडेंस" द्वारा जीवन सहायता देती अधिकृत वर्गीकरण की युवा जाति है जो अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाना है एवं जीवन वाली अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाना है। यह युवा वर्ग में दर्शाया जाना है जो अद्वितीय वर्ग में दर्शाया जाना है।

- 2) "कोशिका भाइडेंस" में योग्य जीवन सहायता विवरण दर्शाया जाता है। योग्य पर इस्पाताल द्वारा योग्य जीवन सहायता विवरण में दर्शाया जाता है। इसलिये इन्हें जीवन वाली अद्वितीय वर्गीकरण के द्वारा दर्शाया जाना जाता है। इसलिये इन्हें जीवन वाली अद्वितीय वर्गीकरण के द्वारा दर्शाया जाना जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अद्वितीय वर्गीकरण के लिए संरक्षित

Mr. Lakshmipathi N

Manager Outreach

Institute of Ophthalmology & Visual Sciences

(A unit of Shri Ramachandra Eye Hospital)

100/1, Thimmaiah Road, Malleswaram, Bengaluru - 560003

Date of Surgery
अद्वितीय वर्गीकरण की तिथि
13/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Medical Practitioner)
MBBS MS FRS FICO
Consultant - Phaco & Refractive SURGERY

KIOS INTERNAL USE ONLY

KIOS (080) 4020244

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी दर्शाया है।*Safayal*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी दर्शाया है।

Lakshmi