

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल इस फॉर्म में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु नहीं अन्यत्र किसी भी तरह से, इस मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

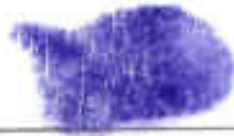
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा छाप कर, मैं (आवेदक) यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, माध्यमों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात निश्चय से इच्छा है कि मेरे नाम से मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त स्टाफ को निर्देश दिया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ पर घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रकम के लिए माँगा जाये, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निम्नलिखित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी रकम के लिए माँगा जाये तो हमारा और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रकम के लिए माँगा जाये।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता माँगा जाये वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार केवल रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों को जारी रखेंगे रोगी एवं हस्पताल की इच्छा और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Surgeon)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive
Surgical Unit of Koshika Foundation

Mr. Lakshmi N

Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Narayana Eye Care Trust)
10/4, Thimmatha Road, Malavalli, Bangalore

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2