

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करता

- 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.
 - 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.
 - 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 निम्नलिखित कार्यक्रम में दिये एवं सभी विवरण यही जनसती के सन्तुष्टारूप साथ एवं शर्त सही है। परं कोई विवरण एवं कार्यक्रम जनसती का साक्षी है।
 2) मैं इस कार्यक्रम का "कार्यकारी समिति" के तहत कार्यक्रम को उत्पादित करने के लिये विचार करता हूँ, जो इस प्रावक्षण में घटे गए है।
 3) मैं निम्नलिखित कार्यक्रम में दिये एवं सभी विवरण यही जनसती के सन्तुष्टारूप साथ एवं शर्त सही है। जारी करना या अन्तिम समाप्ति तक इसके बाहर कोई विवरण कार्यक्रम में न तैयार हो और न ही भविष्य में नौणा।

AGREEMENT by APPLICANT (सम्मिलन 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.

13) इस उत्तर का अन्त में लालोंग और उपर लालोंग, ती (लालोंग) अस्ट्री लालोंग की जुड़ि काला है एवं "कालोंगा पालोंगान अंत वस्क न्याम्पा" को अधिकृत करता है इस कथे का, यह लालोंग और उत्तर से विभाग इस उत्तर में भागों के, ती (लालोंग) इष्ट-लालोंग, लाल, लालोंग ती जुड़ी लालोंगोंकी ती. उत्तराभिर्भाव के लिये किसी भी प्रस्तुत माध्यम से इमरिंग करने के लिए अवधिक है। मगे उत्तर का विभाग यों लालोंग के चाहों पा लाल मे कारों के लिए "कालोंगा पालोंगान" के नामी अविष्ट है।

23) ती (लालोंग) इस कथे में लालोंग है कि लाल नाम, लाल, लालोंग और लिलाल की कि लालोंग के उत्तराभिर्भाव में प्रतीकृत है मुझे स्मरण सहायता पा लालोंग नाम लगाता। इस समर्थन में "कालोंगा" लाल उत्तर की विभिन्न कथे लिये होती हैं और अधिकृती होती।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

संस्कृत विद्यालय अधिकारी का नियम



AGREEMENT by HOSPITAL (印紙由 医院 印紙)

By affixing hereunder, 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 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 this matter.

३. "कोरिका कालनेशन" द्वे गई सारांश कोला चिपिंग प्रटी की है। ऐसी एक इतना द्वारा दी गई सारांश या किसे गये दाताना/प्रोप्रिएटर का भूमध्य एवं एक हस्ताक्ष

के बीच का विषय है और "कोरिका कालनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवहार नहीं है। इसलिये इस्मतात में ऐसी कोई इतना सुनाया गया था कि उसे किसी एवं एक हस्ताक्ष की होती और "कोरिका" भी कोई मुनिका या विनेशी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
*(Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Shradhanjali of Hosur)*
(Stamp/Signature of Authorised Areas)

Date of Surgery नियन्त्रित की गयी दिन 13/01/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS (Ed) Consultant नियन्त्रित की गयी Refractive KMC FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION	Mr. LakshmiPathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shradhanand Eye Hospital) # 15/M, Thimmapura, Bangalore - 560033, India Area
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नियन्त्रित करने वाला 1 <i>Safayyid</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नियन्त्रित करने वाला 2 <i>Lakshmi</i>	