

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (अर्श्वरूप द्वारा घोषणा करें)

- 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य समान अथवा सत्य साबित हो तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु भविष्य में या भविष्य में, इस राशि का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्श्वरूप द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत, मैं (अर्श्वरूप) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्बलम, चित्र, सचित्र/चित्र इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उद्देश्य का विवरण गैर-हस्तगत हो जाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वरूप) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बलम सहित भविष्य में का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्श्वरूप के हस्ताक्षर या बाएं की उंगली 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मांग/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्दिष्ट सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकृति है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्दिष्ट सहायता किसी गैर-हस्ताक्षरित संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अंशिक/संपूर्ण हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर-हस्ताक्षरित संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा किए गए उपचार/प्रक्रिया हेतु किसी गैर-हस्ताक्षरित संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना चाहिए।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल में बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने को सही विधि/प्रक्रिया से ही हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

8/10/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Doctor)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive

Mr. Lakshmi N

Manager Outreach

(Name of the Authorised Signatory)

(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Trust)

Koshika Foundation, Mumbai

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारती इलाखर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भारती इलाखर 2