

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा वृत्त या कथन ज्ञापन प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, इस मदद का उपयोग या वापस हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके नियोक्ता" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं उसके नियोक्ता, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य के लक्ष्य में वृद्धि करवाया जाये और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराला मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्ण सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके नियोक्ता का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निराला

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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 the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से वापस/प्राप्ति के "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्णय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च लेना-पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/निर्णय हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/प्राप्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उच्च लेना-पाने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना-पाने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है, उसका उपयोग केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Lakshmi

| | | |
|---|--|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25/1/24</p> | <p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Surgeon in Refractive KMC No. 90244</p> | <p>Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) KMC No. 90244</p> |
|---|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

| | |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p> | <p><i>[Signature]</i></p> |