



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकाश करता हूँ कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरण मेरी अवलम्बनी के अनुच्छेद सबूत एवं सती हैं। वही चीजें विवरण एवं कामन असाध पाया जाता है तो मेरी सहायता निवाल की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ से जनरल रिट "कोशिका फाउंडेशन", से लौट आये हैं, उसका उपर्योग हमी उद्देश्य की तृतीय के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकाश में यथा है।
- 3) मैं नुस्खे करता हूँ कि विवर सहायता हेतु उह अर्थना को गई है, उस रिट का अधिकार या सकल विस्तर किसी अन्य घोषणायेवाही/वीक्षण कानूनी में न हो लिया है वही न हो भविष्य में दूरा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पिकेंट द्वारा कराया)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकाश पर अप्पिकेंट की हाथ साक्षात्, मैं (अप्पिकेंट) अप्पिकेंट सहायती की तृतीय करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके अधीक्षितों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जन्म, पता, फोटो और जीवनशैली इस प्रकाश में संरचित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, राशन/वाहन दूरी, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उत्तराधिकारों के लिए किसी भी प्रस्ताव या वापसी करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकाश का विवरण मेरे हाथ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नवाची अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पिकेंट) इस बात से जनहन्ता हूँ कि मेरा जन्म, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिष्ठित हैं युक्त रूप से सहायता का इकाया जही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके अधीक्षितों का विस्तृत अधिकार और वापसीकारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पिकेंट के इन्हाँसारा या बांगड़े का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराया)**

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:

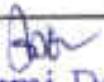
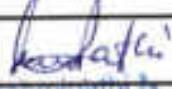
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरणीय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) इन प्रकाश से मानव व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो कीनन और न हो भविष्य वे विविध सहायता किसी भी और उसकारी संस्थान का विनाश अन्य ज्ञात विकासकारी में लौटे या ले लें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध इकाय के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्यपि है, वही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाशी अविकार/वाकास हेतु यन्हें नहीं किया जाता है तो अन्यान्य किसी अन्य और उसकारी संस्था के विनाशी अन्य सम्बन्धन से सहायता होने का अधिकार युक्तिष्ठित रखता है। इस तृतीय में स्वदृष्टि कड़ा जाता है कि अन्यान्य द्वितीय या तीसरी विवरण से वही संग्रहालयी है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लौट आये सहायता को विविध प्रकृति की है। ऐसी यह हस्ताक्षर द्वारा एवं गई सहायता या विवरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्ताक्षर की दीर्घी का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी इकाय का कोई विवरण नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में दोनों के इकाय सुख्त और अन्य करने की सही विवरणीय एवं एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई घूमिका या विवरणीय इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अविवाहित, को तारीख 20/9/23	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MD, MS, FRCR, FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant Ophthalmologist & Refractive KMC, Mangalore	 Mr. Lakshminipathi Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of 16/M. Thimmaiah on behalf of Hospital) नम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपर्योग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर 2

