

[illegible]

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 धीरे-धीरे बता रहा हूँ कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहमति एरि "कोरिडोर काउन्सिल", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शक्ति का उपयोग या सकल हिस्सा किसी अन्य अंतर्/नियोजक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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.

- 1) इस प्रपत्र का अर्थ है इत्यादि या अर्थात् यो ध्याय सत्पत्तः, यै (आवेदक) अपनी सहायिता को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधीकृत करता है कि येरा नाम, पता, फोटो और यो विवरण इस प्रपत्र में धीरित है, उसे "कोशिका" एयम् न्यायियों, यन, यानयन/य दूरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार यथयम से प्रसारित करने के लिए अधीकृत है। यो प्रपत्र का विवरण येरा इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायियों अधीकृत है।
- 2) यै (आवेदक) इस बात से सहायित है कि येरा नाम, पता, फोटो और विवरण यो कि सहायिता को उद्देश्यों से प्राप्ति है यन्ने सहायः सहायता का हकदार नहीं बलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एयम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और यानयकारी होगा।

आवेदक को हमेशा या अंगुष्ठ का निशान



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.

इसके अधिकतम, इसलिये की और से मायसेरों की "कोशिका फास्ट-ट्रान्स" से मिलियन सहायक से गुणवत्ता की जाती है, जिसे हम (इसलिये) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही धार्मिक में विविध महापण किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उठाए रोगी/पायल में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उठाए के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापण किसी अतिरिक्त संकलन हेतु मंगाना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से महापण लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाए रोगी/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई महापण केवल चिकित्सा प्रकृति की हैं। रोगी या इम्प्लांट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लांट के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखता नहीं है। इसलिए इम्प्लांट में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेगी एवं इम्प्लांट की होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

[Signature]

22/2/20

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Phaco & Refractive
KMC No. 90244

~~Mr. Lakshminipathi N~~
~~Manager Outreach~~

Institute for Labors & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
10/4, Thiruvananthapuram (on behalf of Hospital))
यस्य व पार इत्येतान् अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
व्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Sefernyel

Rich