

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रारूप में उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में और न ही वर्तमान में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 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 अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोधीशों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रोविड है, उसे "कोशिका" एकत्रित करने, पत्र, साक्षात्कार, दूरदर्शन से सुनी वीडियो और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" मेरी पहचान का उपयोग नहीं करेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोविड है, इसके पश्चात् सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी 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 any other 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 मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मान्यता व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अस्वीकार/नकार हेतु मनाफू नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा नदर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नही ले रहा/ले रहे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से से से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Prasad

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A Unit of Shreechandra Eye Care Trust)

on behalf of Hospital

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90243

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायो हस्ताक्षर 2


