



**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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उल्लेख किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं है, इस राशि का भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया जाये और न ही भविष्य में लीज।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कलम)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'नियंतियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'नियंतियों', एवं, साक्षर/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'नियंतियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलम)**

- 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 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अस्वीकार/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के हलाक सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Mr. Lakshmi Pathi N**

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

20/11/25

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
KMC No. 90244

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*