

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक द्वारा घोषणा करें)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कोई गलतबतलत एवं झूठे बयान प्रस्तुत करने से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बतलाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु पत्र प्रस्तुत नहीं किया है, इस उद्देश्य के लिए कि मैंने अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से पत्र प्राप्त किया है जो कि मेरी सहायता के लिए है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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 (अर्थीक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बतलाये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम हो सकते हैं। मेरे द्वारा या किसी भी दूसरे के द्वारा या कर के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य त्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (एम्प्लॉयर 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.
- इसके अधीन, हमारे द्वारा यहाँ की ओर से प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं:
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रस्तावित किया गया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता सिविल पर हमें सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।
 - 2 "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा। यदि सहायता नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता सिविल पर हमें सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi
Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
(A unit of Shreebhadr Eye Care Trust)
Varanathanagar, Bangalore-52

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S., D.O., F.D.O., F.P.S.C.
Specialist Cataract and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व-संख्या व-दिनांक

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
21/9/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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