

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह आवेदन निरस्त हो या रद्द हो सकेगा है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोद्धित" करता हूँ, कि यदि मेरे द्वारा प्राप्त की गई सहायता, जो इस प्रपत्र में मांगी गयी है, को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांगी गयी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि नियोक्ता या बीमा कंपनी, से न तो वापस भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को ज्ञात करता हूँ एवं "बोद्धित" करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "बोद्धित" करने वाली, एक सार्वजनिक दृश्य प्रदर्शन से मुझे पहचानने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रयोग के द्वारा किया जा सकता है। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण को इस प्रपत्र में घोषित करने के लिए "बोद्धित" करने में मेरी स्वीकृति है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण को मेरे उपचार के पूर्ण होने के अनुरोध के लिए प्रयोग के लिए किया जा सकता है। इस प्रपत्र में "बोद्धित" करने के लिए मेरी स्वीकृति है कि मेरे नाम, पता, चोट और मेरे विवरण को मेरे उपचार के पूर्ण होने के अनुरोध के लिए प्रयोग के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल 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 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.
- हमारी स्वीकृति, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में मांगे गये सहायता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार है, जो कि हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है। यदि हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है, तो हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है। यदि हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है, तो हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है।
 - 2) "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है। यदि हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है, तो हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है। यदि हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है, तो हमें "बोद्धित" करने के लिए प्रयोग किया जा रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Signature

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/9/25	Dr. LAKSHMIPATHI, J.L.A. (Name of Dr. & Page No. with Stamp) हस्ताक्षर, पृष्ठ नं. 1, हस्ताक्षर, पृष्ठ नं. 2	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A Unit of Saradha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम (हस्ताक्षर 1)		नाम (हस्ताक्षर 2)
<i>Signature</i>		<i>Signature</i>