

[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 rescission/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। कोई कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है जो मेरी घोषणा विचार की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की घोषणा करती "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग यही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस राशि/राशि के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ 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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/photograph/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 की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, कथन/चित्रण/प्रसारण से मुझे प्रचारित/प्रचारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे ज्ञान के प्रसारण से अधिकृत है मुझे स्वतः, प्रसारण का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उचित निर्णयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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 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 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.

हमारा अधिकृत, इसका स्वीकार करेगा और वे यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) फिर प्रस्ताव से प्राप्त न कर सकते हैं।

1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी न ही हमें पता है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से मदद नहीं मिलती है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से मदद करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि हमारे द्वारा प्रस्तावित मदद उठा ली जाएगी हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारे द्वारा की गई चिकित्सा या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे द्वारा प्रस्तावित चिकित्सा या चिकित्सा उपचार के बिना किसी भी स्रोत से मदद प्रदान की जा सकती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

Dr. P. MATHILAKA
M.B.B.S., D.O., M.D., F.R.C.S.
Specialist Consultant Ophthalmologist
(Name of Dr. & Regi. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर सहित

Mr. LAKSHMANPATIL R
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2