

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अस्वाभाविक रूप से मेरी सहायता निरस्त हो या रद्द हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु मांगे गये किसी भी राशि को, इस स्वीकृति के अतिरिक्त या इसके विरुद्ध किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित करें, उन्हें "कोशिका" फंडिंग प्राप्त करने, प्रचार/प्रसारण करने, दानों के लिए लोगों को प्रेरित करने और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी दे सकें। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) अपने स्वयं के खर्च से सहायता नहीं कर सकते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के खर्च या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनेवाले से कम हो सकती है, बल्कि कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रस्तुत की जाय तो हमारा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए हमारा खर्च का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि अस्वास्थ्य विभाग पर हमारा कोई भी भूमिका नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है। उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही नहीं किया जा सकता है। हमारे अपने खर्च से ही सहायता दी जा सकती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भ्रम नहीं है। इसलिए हमारा ही रोगी के खर्च का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए संमति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE**DIABETES & EYE ROADS**

(A unit of Shree Siddhanta Eye Hospital)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

25/0/25

Dr. PREETHI B.N.

MBBS, DD, FGO, FRCO

General Gynaecologist and Fertility

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका, तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आपकी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपकी हस्ताक्षर 2