

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता तो यह सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जा सकती है, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो भुगतान लेऊंगा और न ही बीमा में दावा करूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- 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.
- 3) इस प्रकार यह आवेदक द्वारा करार किया जाता है कि आवेदक को "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरणों का उपयोग करने की अनुमति दी जाती है, जिसके माध्यम से वे "कोशिका फाउंडेशन" के लिए धन募集 और/या जानकारी प्रसारित कर सकें।
- 4) मैं (आवेदक) और (कोशिका फाउंडेशन) के बीच यह करार है कि आवेदक को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 5) मैं (आवेदक) और (कोशिका फाउंडेशन) के बीच यह करार है कि आवेदक को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए भुगतान करने की आवश्यकता नहीं होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप:

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

- 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.

- हम (हस्पताल) द्वारा यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, हमारे द्वारा इस मामले/रोगी के लिए कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है, हम निम्नलिखित बातों का स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः नहीं मिलती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता इस निर्णय को प्रभावित नहीं करती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/10/25

Dr. PREETI K. SINGH
MBBS, DGO, FRCO, FRCO
Specialist (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
उपचार करने वाले डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर

Mr. Lakshmi Prathi N
Manager, Day Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Institute for Day Care
(A Unit of Sri Lanka Eye Care Trust.)
16/34, Thammamah Road, Miller Tank Bog Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2