



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, क्योंकि उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने मागतक हेतु, पुराने समय से नहीं है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/print/flash/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 donors 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृसभ" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, या, पत्र-चार/वाच्य माध्यमों से मुझे संचारित करने और उपलब्धियों के विषय में जानकारी दे सकें। इस प्रकरण के लिये अतिरिक्त है। मैं इस प्रकरण का विवरण को हस्ताक्षर के पत्रों या अन्य स्रोतों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे नहीं; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उद्देश्य के अन्तर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उद्देश्य के लिए सिफारिश की जाती है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मांगे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सच सत्यता का निर्णय किया जायेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित और अपने नाम से ही सहायता प्रदान की जायेगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।

*(Handwritten signature)*

Dr. LAKSHMI KUMAR

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/25	Specialist Consultant and Pediatric Ophthalmology TMHC Reg. No. 65666 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.	OUTREACH HOSPITAL DIABETES (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Vasanthi नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 <i>(Handwritten signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 <i>(Handwritten signature)</i>
---	---