

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 यहाँबतारहा हूँ कि इस प्रश्न मे दिने गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन प्रत्यक्ष पता चलत है तो मेरी स्थापना विरुद्ध की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो स्थापना गरिह "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता चलत है।

3) मैं यहाँबतारहा हूँ कि मैं किसी स्थापना से नु मेरा प्रत्यक्ष को नहीं है, उस गरिह का अधिकतम या सबसत हिस्सा किसी अन्य कोशिका/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिए है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 enable 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस दस्तावेज़ में प्रेषित है, उसे "कोशिका" अपने नामों, पता, सम्पत्ति/सम्पत्तियों पर उपयोग के लिये गोपनीयता और अनुरोधों के तहत किसी भी प्रकार के प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का प्रकाशित करने के लिये मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के नामों पर प्रकाशित है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरा दस्तावेज़ में प्रेषित है प्रकाशित करने के लिये मेरे दस्तावेज़ के बिना "कोशिका" अपने नामों, पता, सम्पत्ति/सम्पत्तियों पर उपयोग के लिये गोपनीयता और अनुरोधों के तहत किसी भी प्रकार के प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है।

आवश्यक की इमरतों का निर्माण



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.

इससे अधिकतर, हमारा ही हो और से हमारे ही को "कोशिका फाउंडेशन" में बिना सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हमself) फिर प्रकाश में मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न तो साधारण और न ही भविष्य में बिना सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उस रोगी/रुग्ने को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/बिना उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना सिफारिश/बिना हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी मदद उक्त रोगी/रुग्ने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधारण से नहीं संपर्क करेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता प्रकाश बिना प्रकट की है। लेने या हमself द्वारा ही यह उपाय या किसी एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हमself को बीम का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमself हमself में लगे के द्वारा सुरक्षित और अपने ही को लेने बिना ही लेने एवं हमself को लेने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या बिना ही हमself में नहीं लेने।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 92/1/26	Dr. PREBHU B.K. M.B.B.S., F.I.C.C., F.R.C.S. Specialist in Cataract and Refractive Ophthalmology (Name of Doctor, Reg. No. & Seal Stamp) डॉक्टर का नाम, पं. संख्या & मुहर	Mr LAKSHMIPATHI N Senior Manager CUTREACH BANGALORE Diabetes & Eye Hospital (Name of Hospital & Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shradha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ग्यामी हस्ताक्षर २

17.11.2025