

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.

6) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण यही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। जब कभी किसी ऐसे व्यक्ति का नाम आता है जो मेरे ज्ञान के अन्दर नहीं आता तो मैं उसे खोजने की कोशिश करती हूँ।

2) येर द्वारा जो महाप्राण राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए किया जा रहा है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साक्ष्य पर मैं यह आवेदन कर रहा हूँ, उस साक्ष्य पर आधारित है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

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, shall be for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely

will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision taken by 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 मोहरो का स्थापन लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका" का मतलब और उसके अंतर्गत पदों, फोटों और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्लेम्स, टान, याचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम

से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। और प्रवास का विकास और प्रवास को पहले या बाद में करने के लिए, "कारणों का अध्ययन" में प्रवास को प्रोत्साहित करता है।

2) मैं (आलेखक) इस बात से सहमत हूँ कि पाठ, पात्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रोद्योगित हैं, पुनः स्वतः सहायता के उद्देश्य से पुनः प्रोद्योगित नहीं की जा सकते।
"कोशिका" एवम् उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके हक के सम्बन्ध में या संगठन का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)

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: _____

By affixing hereunder, signature of our authorized signatory for recommending the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital, I 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.

Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is solely that of the Hospital and not of Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment, the Hospital, 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.

1) यह कि न तो योगदान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य खोले से उठा लेंगी/पाएंगे ये तर्क या तर्क हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ-नोट्स" से सिफारीश/विनिर्देश उठा के सम्बंध में "कोशिका पाठ-नोट्स" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ-नोट्स" द्वारा सहायता विनियम अवरिक्त/अव्यक्त हेतु मन्त्रु नही किया जाता है तो अव्यक्त किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घुंटे में स्पष्ट कहा जाता है कि अव्यक्त द्वितीय चरण उक्त रोगी/पासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका काउन्टरेन" से ली गई सहायता केवल विलीन प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्तल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का खुलासा ऐसी एवं सम्पत्तल को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टरेन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए सम्पत्तल में ऐसी को इलज सुस्था और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्पत्तल को होने और "कोशिका" को कोई भुविक्ता या जिम्मेदारी इस सम्पत्तल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

म्योक्ती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Plastic & Reconstructive
Surgery
KMG No. 80244

Dr. Lakshmi Prasad
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Siddhanta Eye Care Centre)
1st Floor, Main Building, P. O. Box 100, T. N. Road, Bangalore 560 002
समय व पर हम्पात अधिभूत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यामी हस्ताक्षर 2