

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	B.W.L.E.H	

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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी इस बात पर सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी ही का रही है, उक्त सहायता उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का अतिरिक्त या समस्त विरासत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पक्षीयों" को अधिपूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् पत्रिका, दूर, सप्ताह/मास सूत्रे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और वक्तव्यियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से पत्रिका अधिपूत है।

2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सप्ताह/मास सूत्रे उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: छात्रों का हृदय को भरा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् पत्रिका पक्षीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अन्येदक को इसका भाग में मंगुटे का निधान



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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालूमों में से किसी एक से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रेषित की/कराया/करता हेतु मनुष्य को बिना बात है तो आपसत किसी अन्य और सहायरी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसत द्वितीय मदद उक्त रोगी/मालूमों हेतु किसी और सहायरी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सीधे या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सलाह या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करने करने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सूचीकृती के लिए संरक्षित

07/11/2018

B.W. Lions Speciality Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Rd, KOSHIK

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital Road
ON: 5th Road, Bangalore - 560 002

Safeway

10/2/8