



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 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) मेरे द्वारा जो सहायता एजेंसी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उच्चो उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एजेंसी का अधिकांश या सकल हिस्सा किसी अन्य छोटे/मिडियम/बड़े/कोई अन्य कम्पनी से न तो लिया है और न ही पवित्र में भूला।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर का अंकन करी छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" दण्ड न्यासी, दण्ड, वाचनालय दण्डों उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्ड उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अलाहदक कं इस्तखार या अंगुठे का निबान

LEFT THUMB IMPRESSION : Faganzi Reddy

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, हस्ताक्षर की ओर से मायसे/एपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसबत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो खानान और न ही पब्लिक में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उठाए जाएगी। जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिस्टरिफ/विश्वि उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमय अतिरिक्तकाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय मरद उठाए जाएगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोषत विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हस्तगत हुए दो नई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत की सेवा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी के इलाज सुझा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वाध्याय के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

06/3/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

ICMC REG No. 58904

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
On behalf of Hospital)

TR. MV. I. ३. नाम धि. मरु-सम्यक्तात् अविज्ञते अर्थिकता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ಆನ್ಕಾರಿಕೆ/ಉಪಯೋಗ: ಹೆನ್ರಿ  
ಒಳ: J.C. Road, Bangalore - 560 0

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

20.12.2018