

170M-523-01-0254

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा भविष्य पर):

- 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, seek or reimbursement, in part or in full, from any other source(s) my/our insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं हो तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहाय्य मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गद्य प्रमाण है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या प्रयोजन को नहीं है। उस मदद का अंशिक या पूर्णतः किसी भी अन्य स्रोत/विश्वेसक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/acknowledge/propagate 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 seeking donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉय, प्रचार, सार्वजनिक रूप से प्रदर्शित करने के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी मदद का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के सदस्यों से प्रसारित है यदि फाउंडेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका फाउंडेशन" एम्प्लॉय सदस्यों का विवरण प्रसारित और सार्वजनिक होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 course of the treatment/procedure administered/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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे निमित्त, हस्ताक्षर को और से समझे/लेगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी-नामों में से जो या जो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निमित्त अन्य के समान में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता/सहायता हेतु अंशक या पूर्णतः नहीं दिया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता करता है कि फाउंडेशन द्वारा मदद उस रोगी/रोगी हेतु किया है। इससे हमें अन्य भी किसी अन्य सहायक से नहीं सहायता लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी यह सहायता द्वारा से वह सहायक या कितने से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्ताक्षर को सही या गलत है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इससे हमें हमारा ही रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और जारी करने की लगी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्ताक्षर को जारी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई सहायक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDATION FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/03/23	Dr. MAZHAR HAN M.B.B.S, M.D. UPM. Registrar (Signature of Dr. & Hospital Seal, with Stamp)	Anurag Mishra Manager, Admin. (Name of Authorized Signatory of Hospital) होस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2
	