

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गयी सहायता, जो इस फॉर्म में बतायी गयी है, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत, कर्मचारी या बीमा कंपनी से वही राशि प्राप्त नहीं करूँगा जो मैं इस सहायता के लिए माँग रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 irrevocable to me.

- 1) इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" को "उद्देश्य" के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में प्रदान कर रहा हूँ, जिनके माध्यम से दानों की माँग की जायेगी और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित की जायेगी। इस प्रकार मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण या आंशिक रूप से पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रयोग किये जा सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के द्वारा किसी भी अन्य स्रोत, कर्मचारी या बीमा कंपनी से वही राशि प्राप्त नहीं करूँगा जो मैं इस सहायता के लिए माँग रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हम (हस्पताल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वही राशि प्राप्त नहीं करूँगे जो मैं इस सहायता के लिए माँग रहा हूँ।
- 1) यह कि हम (हस्पताल) और मैं (आवेदक) इस फॉर्म में घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वही राशि प्राप्त नहीं करूँगे जो मैं इस सहायता के लिए माँग रहा हूँ। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम (हस्पताल) को उस सहायता के बराबर राशि प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम (हस्पताल) को उस सहायता के बराबर राशि प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपराधन की तिथि

05/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Time: Date:

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2