

2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बताया गया होगा तब मैं इसे सहायक विवरण को जोड़ सकूंगा।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए करूंगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह राशि नहीं ले रहा हूँ। इस राशि को भविष्य में मेरे किसी अन्य स्वास्थ्य/रोजगार/बिमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print or reproduce my name, address, photo & details for 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 physical presence at 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस फॉर्म में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा किसी, दान, वसूली, या दूसरे उद्देश्य से मेरी पहचान/पता और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा इसका विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्य से प्रसारित है, उसे बाद में सहायक को रद्द करने की वसूली इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसके उद्देश्य के लिए अधिकृत और अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरा प्रकाश से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक/वसूली के साक्षरों सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मरीज से सही या सही है, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वसूली करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक वित्तीय सहायक/वसूली हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक/वसूली या किसी अन्य सहायक से सहायक/वसूली का अधिकृत अधिकृत करता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद/वसूली हेतु किसी भी सहायक/वसूली या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायक/वसूली वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई भी सहायक या वसूली न तो सहायक/वसूली का चुनाव रोगी या हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकबा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और सही जाने जाने के लिए और "कोशिका" को कोई वसूली या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिए संमति



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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2