# DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा प्रीपात एवं:

- 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.
- 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.
- 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) में भोषण करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवारण एवं कथन असाय पाया जाता है तो ऐसे महायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक्ष ग्रीश "कोशिका फठन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया वायेगा, जो इस प्ररूप में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोवक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भीवन्य में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा काए)

- 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथव पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के जाते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतय और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंगूडे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (TIPINE SIX) WITH

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, इस्ताक्षण को ओर से मामलेजोगी को "कोशिका फाउनोशन" से चितिय सहायता इंतु सिकारिश को जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकाण संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" प्राप्त मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" प्राप्त सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्ताधन से सहायता तोने का अधिकार सुर्वाक्त रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संख्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेसन" से ली गाँ सहायता केवल कितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्यताल द्वारा दी गाँ सलाह या फिये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव ऐगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवाद नहीं है। इस्तिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विष्मेदारी इस गायले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery अपरिशन को नारीस Dr MAZHAR IN CHAN (Name, Destands of Acceptance) (Name, Destands of