

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 हूं कि इस फॉर्म के तहत मैंने नियमों के अनुसार मात्र एवं गती है। यदि यहाँ विवरण सर्व व्यापक अवधारणा का है तो मैंने सहायता निश्चय की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा देखाया गया "कोशिका पाठ्यनिधि", सं-ली का रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में भवत नहीं है।
- 3) मैं पुर्ण रूप से यह विवरण ही यह अनुमति की तरह है, उस विवरण का अधिकार या सहायता विभाग या बाहर विभाग द्वारा कर्मचारी से कोई लिंग है वही वही भविष्य में रहता।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस पात्र पर अपने दाहिना या अंगठी और छात ताकात, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुर्ण रूप से "कोशिका पाठ्यनिधि" और उसके नामों "या, चौथी और यो विवरण इस प्रकार नहीं है, जो "कोशिका" एवं नामों, दाता, याकानी/बाल दाता, उपलब्धियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी त्रावण या उपलब्ध नहीं करते के लिए अधिकृत है। मैं प्राप्त कर विवरण ने इसके बारे में कहा कि वह करने के लिए "कोशिका पाठ्यनिधि" वहाँ अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस पात्र में सहायता हूं कि मैंने यात्रा, यात्रा, चौटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्त होती है तुम्हे मात्र। सहायता का इकाया जो करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का विवरण अंतिम और बातचारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अंगठी के दाहिना या अंगठी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा करार)

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.

इसी अधिकृत, इसकी बीं ओर से आवाहनों की "कोशिका पाठ्यनिधि" से विविध सहायता ही विवरण की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) विन व्यापक में यात्रा व नीकीता करते हैं।

- 1) यह कि मैं से योग्य और न ही व्यापक में विविध सहायता विवरण की जानकारी संभवतः या विवरण अपने रक्त संकेत से उत्तर देंगे या नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यनिधि" से विवरण दिया जाने के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यनिधि" द्वारा यात्रा ही दी गयी है। यदि "कोशिका पाठ्यनिधि" द्वारा सहायता विवरण अविवरणीय रूप से यात्रा व नीकीता करता है तो सहायता विवरण अविवरणीय रूप से यात्रा व नीकीता करता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि इसका उत्तीर्ण यदि उत्तर देने वाले दोषीयामरण होता तो विवरण द्वारा यात्रा व नीकीता करता है।
- 2) "कोशिका पाठ्यनिधि" से नहीं सहायता देना विवरण द्वारा की जाती है। यदि मैं इसका द्वारा या विवरण गर्व उपचारप्रक्रिया का चुनने एवं इसका

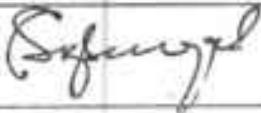
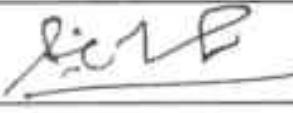
को बीन का विवरण है तो "कोशिका पाठ्यनिधि" द्वारा कियी जाना का बीड़ नहीं है। इसीलिये हमसहायता में योगी के हात या सुधा और अने जारे की जानी विवरणीय योगी या हमसहायता की होती और "कोशिका" की बीड़ भूलका या विवरणीय इस यात्रे में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संक्षिप्त

Date of Surgery बीमारी की दिनी 12/4/23	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant (Name of Dr./Physician, No. with Stamp) KMC Ltd., 1st Floor, 1st Block, 1st Street, Navi Mumbai - 401 104	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Serial No. of Authorised Signatory Institute of Best of Hospital & Care (A unit of Shrikrishna Charitable Foundation Trust.) 1604, Thimmannahalli Road, Miller Tank Bed Area ग्रान्डीक उपयोग है।
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी दाता । 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी दाता । 
--	---