

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा पर):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render the Application & ongoing assistance, if applicable for rejection/stoppage.
 - 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/employment/insurance company of the amount to which this assistance is requested.
- 1) मैं यथासंभव ज्ञान के साथ इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार प्रस्तुत कर रहा हूँ। यदि कोई कथित रूप से कथन गलत प्रस्तुत करता है तो मैंने अपना कितना कोशिश नहीं की।
- 2) मैं यथासंभव यकीन करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
- 3) मैं यथासंभव यकीन करता हूँ कि मैंने अब तक किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि अन्य रोजगार या स्वास्थ्य बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा कथन):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant), hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- (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 to 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और जो कथन इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा स्वयं, हम, प्रायोजक/हमारे उद्देश्य के सुदूर सदस्यों और व्यक्तियों को लिये किये जाने वाले प्रचार कार्यक्रमों में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे स्वास्थ्य के लक्षण या बाद में जाने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और कथन जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है सुदूर स्वा. प्रदायक को इकट्ठा नहीं करता, इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उसके सदस्यों को विचार प्रसारित और कार्यक्रमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन):

- 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:
- 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 accept any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The mode 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.

- उपरोक्त अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से प्रायोजक/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से प्राप्त व स्विकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमें वित्तिय सहायता किसी और प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हमें उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लक्ष्य में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णित अतिक्रमण हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्माकम किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्माकम जितना मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किया है, तबका ही सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी।
 - "कॉशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है, रोगी पर हस्तगत द्वारा जो मदद सहायता या किये जाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी अन्य स्रोत का कोई सहायता नहीं है। हस्तगत हस्ताक्षर में रोगी के स्वास्थ्य सुख और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख: 08/12/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 -यहाँ हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 -यहाँ हस्ताक्षर 2
	