

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो उसे सहायक विवरण को जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायक हेतु मैं सहायक को मांग रहा हूँ, उस मदद का अतिरिक्त या अलग दिनांक किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
 - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी', दान, प्रायोजन/सहायता/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व 'ट्रस्टी' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षर को और से मालूम/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकर से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी प्रायोजक/सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निस्कारित/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मदद हेतु उम्मीद है तो अस्पताल किसी अन्य प्रायोजक/सहायता या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तथ्य से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रायोजक/सहायता या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2 "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद सहायक कोषण विवरण प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मांगे गए विवरण एवं उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 23/05/2023	<p>Dr. Lakshmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Name of Dr. & Regn. No. with Stamp कोशिका फाउंडेशन द्वारा भेजा गया है</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) </p>
--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2