



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सच नहीं रहता/उपलब्ध प्राप्त होता है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कॉशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह राशि नहीं ली है। इस राशि का अतिरिक्त या समकालीन रूप से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

- 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/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 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एक्यू न्यासी, दूर, चरित्र/युद्ध उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं; वे इसका उपयोग कर सकते हैं या कर सकते हैं कि "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एक्यू उपाय न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 it's right to make up the shortfall from another 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, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में सक्षम न हो सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, जब कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई उपचार का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <i>26/12/2023</i>	<p><i>Asst</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) इसका नाम और पंजीकरण नंबर</p>	<p><i>Laxmi Dorennavar</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	