

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रोत्तर करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरल की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता गाँधी "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा चुकी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की चूटि के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा पड़ता है।
- 3) मैं तुष्टि करता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस गाँधी का आंशिक या सकल विस्तृत किसी अन्य ग्राहक/नियोजक/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी है और न ही परिव्यवहार में लागू होगा।

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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सत्वरकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की गुणित करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीवां" को अधिकृत जरता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, यानाधन एवं उद्देश्य से बुढ़ी आंशिकीयों और उल्लंघनों के लिये किसी भी प्रतार, पारव्य से उत्तराधिकार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र या विवरण मेरे इतराव के लाले या बद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" एवं न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से ग्राहित है गुप्त स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीवां का विरोध अंतिम और बाणीकरणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का लिखान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

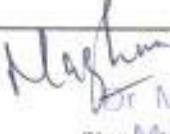
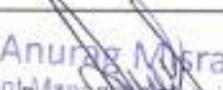
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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. 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, हस्ताक्षरी को ओर से मालिनी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य तरीकोंकरते हैं।

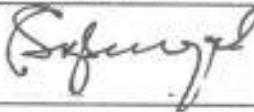
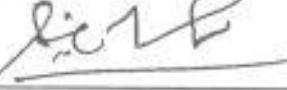
- 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो परिव्यवहार में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त संस्थानोंमें संगेत या से रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विवारिश/विनामि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनामि आंशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस गुणित में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रकार उक्त उक्त गोंगी/मायसे हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बावजूद विविध प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी उपचार/प्रक्रिया का बुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच जा विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इतराव सुधारा और आने वाले की सही विमेलारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेलारी इस प्राप्ति में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगरेजी की तारीख 23/10/2021	 Dr. MAZHAR N. KHAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) उपराज्ञा गोंगी वैदिक अस्पताल, नं. 89911	 Anurag Misra (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroff's Chamber Sahdeva Monammoor Aheri नं. 2, ए. एस. एस. अधिकारी अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदित उपयोग हेतु

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