



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- मैं पोषण करता हूँ कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरण येरी जनकारी के अनुसार सत्य रख सकते हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कठोर असत्य चला जाता है तो मेरी सहायता निरस्त करने जा सकती है।
- मैं द्वारा जो सहायता या "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के बहिर्भूत के लिये किया जाना, जो इस प्राप्ति में था गया है।
- मैं पूर्ण करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गणि का आशिक या सकल विस्तृत किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कंपनी से न हो सकता है और न ही प्राप्ति बेलौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा कहार)

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/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 प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीर्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य से बहुत गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ये प्राप्ति का विवरण मेरे इसके पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है युक्त स्वरूप सहायता या हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीर्यों का नियमित अधिकार और वाचकारों होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



R.N

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा कहार)

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 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेशीरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिक्खारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।

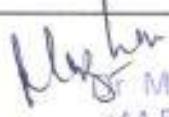
1) यह कि न ले वर्तमान और व ही विविध में वित्तीय सहायता किसी नेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उस रोगी/पापाले में सोंगे या से ढे है, जैसे कि इपने "कोशिका फाउंडेशन" से सिक्खारित/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकारी/योगी को हेतु मन्त्रु नहीं जिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बद्ध कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/पापाले हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

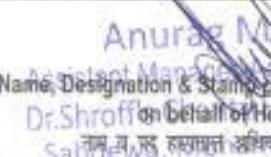
2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई स्लाइ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का उन्नाय रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुनिश्चित और आने जाने की खास नियमेशुरी रोगी एवं हस्पताल को होनी और "कोशिका" की कोई पूर्णिमा या विम्बेशी हस्पताल में नहीं होनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
अंतर्जाल की तारीख

26/10/2021

  
Dr. MAZHAR N. KHAN  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
U.P. विधायक नाम संसदीय दस्तावेज़

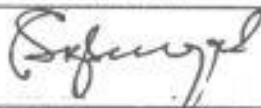
  
Anurag Misra  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
Dr. Shroff  
on behalf of Hospital  
नम. वा. न्यासी हस्पताल अधिकारी/मिस्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2

