






<b>DECLARATION by APPLICANT:</b> आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:		
<p>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 &amp; ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.</p> <p>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.</p> <p>3) I hereby confirm that I have not &amp; 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.</p> <p>1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।</p> <p>2) मैं दृढ़ता से सहायता मांग "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कह रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था गया है।</p> <p>3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नक को भरा है, उसे भविष्य में आंशिक या संकलन हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।</p>		
<b>AGREEMENT by APPLICANT</b> (आवेदक द्वारा कटार)		
<p>1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree &amp; authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo &amp; 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 &amp; details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.</p> <p>2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo &amp; 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.</p> <p>1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।</p> <p>2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकृत है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।</p>		
<b>APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :</b> आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान		
		
<b>AGREEMENT by HOSPITAL</b> (हस्पताल द्वारा कटार)		
<p>By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm &amp; accept following:</p> <p>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.</p> <p>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 &amp; the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole &amp; complete responsibility of the treatment &amp; it's outcome &amp; safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.</p> <p>हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।</p> <p>1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/स्वीकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।</p> <p>2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सूझा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।</p>		
<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकृती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>18/09/23</b>	<b>Dr MAZHAR M KHAN</b>  <b>M.B.B.S</b> <b>U (Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp)</b> डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	<b>Anirag Mishra</b>  <b>Medical Administration</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Discharge of Hospital) जो कि मेरे हस्पताल अधिकृत अधिकारी
<b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> अन्तर्गत उपयोग हेतु		
<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> (न्यासी हस्ताक्षर 1)		<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> (न्यासी हस्ताक्षर 2)
