

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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, seek or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सब सच बताया है। यदि कोई झूठा बयान दिया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही मैंने माँगा है, जो इस प्रश्न में मैंने बताया है।
- 6) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस मदद के लिए या पूरे अंश में मदद नहीं माँगा हूँ और भविष्य में नहीं माँगा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to establish/publish/produce 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 मैंने सहमत हो लिया है कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी देना, जिससे वे मेरी मदद माँग सकते हैं और मेरी मदद को जारी रख सकते हैं, मेरी स्वीकृति है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी देना, जिससे वे मेरी मदद माँग सकते हैं और मेरी मदद को जारी रख सकते हैं, मेरी स्वीकृति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

(Signature/Thumb Impression) p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
- 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 अतिरिक्त, हम यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा यह घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद को स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बिंदु पर स्पष्ट कहा गया है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं मिलेगी।

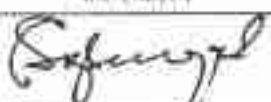
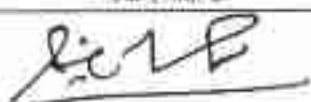
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही होना चाहिए और इससे कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हमें सहायता के लिए कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा और हमें सहायता के लिए कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery. ऑपरेशन की तारीख 10-1-2025	Dr. GARVITA JOSHI DMC No.-79866 (Name of Dr. & Regis. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज नंबर व सील	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Signature & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	---