

[illegible]

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 reimbursements, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविक सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से जो जा रहा हूँ, उसका उपयोग उम्मीदों को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत्य तथा है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व स्वास्थ्य हेतु यह धारणा की गई है, इस धारा का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न ही भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन न्यासी, दाय, सार्वजनिक रूप से प्रदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण कोशिका के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका के पत्रों में प्रकाशित है पूर्णतः, सहमत या इनकार की वजह। इस संबंध में "कोशिका" दम्पन न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आर्सेनिक को इस्तेमाल था अंगुली का निशान

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 अधिष्ठाता, इसकाफी की ओर से चलने/चली को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्पष्टीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संग्ठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेने/पान करने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोदी जातिता/चलन हेतु चन्तुर नही किता जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संग्ठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विदेशी भरण उम्मा लेने/पान हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नही लेने/पानेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तिय द्रव्य ही है। लेने या हमस्पताल द्वारा ले रहे सहायता का किने गये उपचार/उद्दिष्ट का चुकान लेने एवं हमस्पताल को कोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नही है। उपलब्ध हमस्पताल में लेने के इत्यन्त सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेने एवं हमस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस संपर्क में नही होगी।

इन्वीकलती चो लिलए संस्तुति

h. h. h.

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS (C)
Consultant

(Name, Designation & Stamp of Authorizing Signatory
(A unit of Standard Fire Ins.)
1624, Thompson Road, Millersburg, Pa. 16841

अस्तित्विक तथ्यज्ञान हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप शर्मा 2

Ergebnis

10/28