

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.

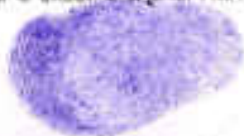
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका कानूनबन्धन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य डॉनर/निर्माता/कीमती सम्पत्ती से न ली गयी है और न ही भविष्य में लीगा।

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 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी को छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कौशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाचना से प्रसन्न करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहलू या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कौशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

आर्सेनिक के समानांतर यह अंगुनी 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 अधिकांश हमलावरों को और से घायले/मोर्गों को "कोशिका पाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सकारित की जाती है, जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वसंत और न ही शीतल में विविध सहायता किसी रैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च रंगी/पमले में लेगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपत्ति/विपत्ति उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु पन्धुर नही किज जात है तो असमस्त किसी अन्य रैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमस्त द्वितीय मरर उच्च रंगी/पमले हेतु किसी रैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रंगी पर हमस्तल द्वारा दी गई सहाय का किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हमस्तल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नही है। इसीले हमस्तल में रंगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हमस्तल की होगी और "कोशिका" की कोई भुजिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

इन्दीकती के लिपि संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/9/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का पता	Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shri Chhatrapati Sambhaji Maharaj Vastu Sangrahalaya) # 16/M, Thimble Road, Waverley Bed Area
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	