

DECLARATION by APPLICANT: मानेक द्वारा घोषणा यहः

- 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 हूं कि इस प्रकार मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार भल एवं याद हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन व्यापक या बहुत बहुत हैं तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा ज्ञात योग्य "कोशिका यात्रावेत्तर", मे रही थी यही है, जहाँ उपर्योग उसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये विवरण दिया गया, जो इस प्रकार मे याद नहीं है।
- 3) मैं चुनौती करता हूं कि विवरण व्यापक होने पर उपर्योग की गई है, तब तोहीं का अधिक या अकेले विवरण विवरण अन्य सांख्यिकीय/वीमन कलमों से न हो सकता है और न ही विवरण मे दी गयी।

AGREEMENT by APPLICANT (मानेक द्वारा कराया)

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

- 1) इस प्रकार या अपने इसलकारा या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अपर्याप्त) अपनी सहायता की चुनौती करता हूं कि "कोशिका यात्रावेत्तर और उसके नवायिर्य" को अधिक करता हूं कि मेरा नाम, पता, अंगठे और जो विवरण इस प्रकार मे दी गयी है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दाता, व्यापक तृप्ति उद्देश्य से युक्ती निर्धारितियों और उपलब्धियों के लिये विवरण यी प्राप्त व्यापक मे ज्ञातीत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरी इतनी जैसे वार मे करने के लिए "कोशिका यात्रावेत्तर" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपर्याप्त) इस बात से ज्ञात हूं कि मेरा नाम, पता, अंगठे और विवरण जो कि व्यापक के उद्देश्य से अधिकृत है युक्त न्यासी व्यापक का इकाया नहीं बनता। इस समर्थन मे "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अधिकृत और सहायतारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

मानेक के इसलकारा या अंगठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्त द्वारा कराया)

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकृत, इसलकारी की ओर से ज्ञातीतेरी को "कोशिका यात्रावेत्तर" से विवरण व्यापक होने पर विवरण की जाती है, जिसे इस (इस्पत्त) द्वारा मे ज्ञान या ज्ञानकारी जाती है।

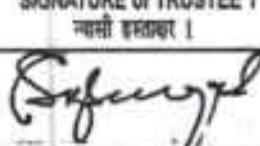
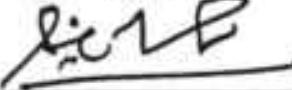
- 1) यह कि न हो जानकारी और न ही व्यवस्था मे विवरण व्यापक विवरण गैर सहायता दी जाने वाले अन्य संस्थानों मे दी जाती है, जैसे कि इपने "कोशिका यात्रावेत्तर" से विवरणीयविवरणीय उक्त या ज्ञान ने "कोशिका यात्रावेत्तर" द्वारा व्यापक होने के लिये विवरण व्यापक व्यापक होने के अन्यान्य विवरण गैर सहायता दी जाने वाली अन्य संस्थानों से ज्ञातीत होने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस चुनौती मे स्वतंत्र व्यवस्था मे ज्ञान या ज्ञानकारी दी जाने की स्थिति अन्य संस्थान से नहीं संतुष्ट होती।

2. "कोशिका यात्रावेत्तर" से यह गई ज्ञानावली कोका विविध प्रकृति की है। एंटी पर इस्पत्त द्वारा ऐसे व्यवस्था या विवरण जो उपचाराद्वारा का चुनौती एवं इस्पत्त के लीब का विवरण है और "कोशिका यात्रावेत्तर" द्वारा विवरणीय उक्त व्यवस्था या विवरणीय उक्त व्यवस्था की होती और "कोशिका" की चुनौती भी व्यापक या विवरणीय इस व्यवस्था मे नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती को लिए अस्तुति**

Date of Surgery ज्ञानकारी की तारीख 22/12/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with SImp) Consultant N.C. N.Y.C. & Hospital, Bangalore	 Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shrikrishna Charitable Trust) N.Y.C. Hospital, Bangalore, Karnataka, India
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION **सामग्रिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इसलकारा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इसलकारा 2 
---	--