

DECLARATION by APPLICANT: श्रीमती. आशा देवी

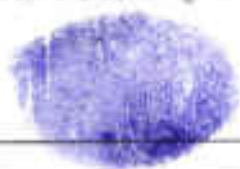
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रत्यय में दिये गये 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।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जानेवा, जो इस प्रत्यय में मांग गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस सहायता से मैं यह प्रत्यय कर रहा हूँ, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या समकल विवरण किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 its 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 का उत्तर दस्तावेज या फॉर्मट की छाप सहित, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एनएन आरएल, राज, काका/पिता द्वारा उद्देश्य से छोटी विडियो/फोटो और उपस्थिति में भी बिना किसी भी प्रकार बाधा के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विषय में उत्तर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को बिना बाधा के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे न्यासी: प्रयोग का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आरएल न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

આર્વેદમાં બે પ્રકારના યા અંગુલે થા નિર્ણય



AGREEMENT by HOSPITAL: (NPN00120 4500)

By affixing her/his/their signature/s 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.

इसके अतिरिक्त, राजस्थानी की ओर से सहायकता को "कोविड राहतकेंद्र" से विभिन्न राजस्व सेवा विधायिका भी जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं:

- 1.) यह कि न तो बौद्ध धर्म और न ही धर्मिक में किसी साधारण किसी गैर साक्षात् संस्था या किसी अन्य स्वीत से उच्च होई/मार्ग में होत या हो गई है, जैसे कि हमने "बौद्धिक फाउन्डेशन" से विचार/विचारिता उच्च से सम्बन्ध में "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा साधारण विचारिता अधिक/समस्त हेतु समुदाय की किम् ज्ञात है तो सम्बन्ध किसी अन्य गैर साक्षात् संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से साधारण होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्ध अधिकतर उच्च होई/मार्ग में हेतु किसी गैर साक्षात् संस्था या किसी अन्य साधारण से नहीं होत/होती।
2. "बौद्धिक फाउन्डेशन" से ही यह साधारण संस्था विचारिता प्रगति की है। ऐसी जे सम्बन्ध द्वारा हो गई साधारण या किसे नये सम्बन्ध/प्रक्रिया का सुधार ऐसी एवं सम्बन्ध से बीच का विचार है और "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये सम्बन्ध में ऐसी के इतना सुझा और जाने जाने की सही विमोचनी ऐसी एवं सम्बन्ध की होती और "बौद्धिक" की कोई प्रक्रिया या विमोचनी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सुखीकाली मे एिएए संसलुनि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11 10112

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the MS, FRCS, FICO)
Consultant - Plastic & Refractive
KMC No. 30244

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

KMC No. 90294
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

मानविक सम्बन्धित है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: प्रमोद

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 स्वासी इम्तियार 2

Exempel

2020