

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवर्तन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु अब प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शक) स्वयं स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में माँगा है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्रों, प्रकाशकों, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और वितरणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का निवर्तन मेरे हस्तान्तरण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इकाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी अंतिम और अविरोधकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमने स्वीकार किया, हमारा यहाँ की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का जो भी दावा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रक्रिया हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हमने कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमारे यहाँ प्राप्ति हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं होगा/होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन विभिन्न प्रक्रिया की है। ऐसा या सहायता द्वारा ही नहीं सहायता या बिना के सहायता/प्रक्रिया का प्रस्ताव होगा एवं सहायता को सेवा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार या कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए सहायता में सेवा के प्रस्ताव प्रस्ताव और जाने जाने की सभी विनियमों से एवं सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

11/1/23

Dr. Lakshmi D. ...
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ निशान

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of ... Bed Area)
16/M, ...

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा हस्ताक्षर 2