

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 हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका कार्यक्रम", से ही वांछित है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-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 इलाखर या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचनाय या दूधो उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तावनापन से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के बल्ले या बल मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकाएर नहीं बलगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षक के इलाका या अंगरे का निवास



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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सत्यमेव जयते को "कोशिका साप्ताहिक" से विधिवे सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में विहित प्रावधान किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त लेनी/पानपी में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/विकास/विकास उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकाधिकतर हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो आयुक्तान किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आयुक्तान द्वारा मदद उक्त लेनी/पानपी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका कायन्देशन" से ही गई महाप्राण कोषल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमस्यल इस वी गई सलल य किये गये उपल/प्रक्रिया का सुपल ऐसी एवं हमस्यल से बीच का विषय है और "कोशिका कायन्देशन" इस किसी प्रकल का कोई पलल नहीं है। इसलिये हमस्यल में ऐसी से इसल सुलल और अपने जाने की सारी किये/ऐसी ऐसी एवं हमस्यल की होगी और "कोशिका" की कोई सुनिका या जिये/ऐसी इस मलले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of Or. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Luksemburg: I do.

Manager Outreach

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित उपपत्ति है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवमी हस्तार २

01.12.2022