

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकृत द्वारा घोषणा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनकृत द्वारा घोषणा पत्र:
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी आवेदन और सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त होगी, तो मैं इसे केवल इस फॉर्म में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं इस सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, से कोई भी रकम वापस नहीं लेऊँगा।

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।

2) मैं आप को सहायता दूँगी "कठिनता पारान्दोलन", ये सी का रही है, इसका उपयोग इसी प्रकार की दुर्घटना के लिए किया जाएगा, जो इस मामले में नहीं होनी चाहिए।

3) दो मुद्रित करता है कि किस भाषा में होगा यह प्रश्न की गई है, इस प्रती का अर्थ या समक विचार किसी अन्य को नहीं देना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT (संकेत प्रो. ५००)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने इलाक़ा या ज़ोने के ज़ाब्त सचकार, यै (आवेदक) अपनी सहायता की मुक्ति करता है एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके ज़ाबते" को अधिकृत करता है कि ये ज़ाबत, पाठ, कोटे और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एषम् ज़ाबते, राज, सारक/सह दुरते उद्देश से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को लिखे बिना यै ज़ाबत सचकार से प्रभावित करने को लिख अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण यै इलाक़ा के ज़ाबते या ज़ाबत से करने को लिख "कोशिका काउंटिंग" व ज़ाबती अधिकृत है।
- 2) यै (आवेदक) इस बात से सहमत है कि ये ज़ाबत है कि सहायता के उद्देश से प्रेषित है मुझे स्वयं। सहायता का हक़रा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एषम् ज़ाबते ज़ाबतियों का लिख ज़ाबत और सचकारों को।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवरक में हमलावर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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:

- By affixing hereunder, signature of our authorised Signatory for recommending the case patient (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.
- हम यहाँ नीचे दिए गए स्थान पर अपने अधिकृत हस्ताक्षर करके निम्नलिखित की गारंटी देते हैं, कि हम (हमस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य कर रहे हैं।

हमारे अधिकार, हस्ताक्षर की ओर से आपकी/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु विधिवत की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विनम्रता से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिकृत, इलाहाबादी को और से संपले/पंजा की "कोशिका पाठ्यदेशन" या विविध साक्ष्य हेतु विचारित की जाये है। किन्तु हमें पता है कि इनमें "कोशिका पाठ्यदेशन" (1) यह कि न तो वर्णम और न ही ध्वनि में विविध साक्ष्य किसी भी साक्षरी संभव या किसी अन्य स्तर से उक्त लेख/पाठ्य में संग्रहित हैं। जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यदेशन" से विचारित/विचिंत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यदेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यदेशन" द्वारा साक्ष्य विधि अतिरिक्त/सकल हेतु मजबूती किया जाता है तो सम्भव कि किसी अन्य भी साक्षरी संभव या किसी अन्य सम्बन्ध में साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय तद्वत् उक्त लेख/पाठ्य हेतु किसी भी साक्षरी संभव या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेख/लेगी।
2. "कोशिका पाठ्यदेशन" से तो यह साक्ष्य कौशल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर सम्भवतः द्वारा ही यह साक्ष्य या बिन्दु एवं उपकार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी पूर्व सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यदेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी के इलाज सुझा और अपने जाने की गयी विन्मोहारी ऐसी पूर्व सम्भवतः की होगी और "कोशिका" की कोई प्रवृत्ति या विन्मोहारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अवस्थापन की तारीख

07/08/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

(Marked by Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा. राजेश कुमार शर्मा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डा. व. ज. इमवाल अधिकृत अधिकारी

1. *Staphylococcus aureus*

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पृष्ठ संख्या 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अध्यायी इन्द्रावर २