

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

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 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 इच्छाया या संगठन की स्थापना, मैं (अवलोकक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दात, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और दस्तावेजों के तहत कितनी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका कार्डेशन" 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 प्रार्थित है पूर्ण स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अश्वेतक के हस्ताक्षर का अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबल)

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, हस्तक्षेप की ओर से सम्मेलनों को "कॉरिडोर फाइनैन्स" से थिपित सावधान होतु निर्धारित की गयी है, जिसे हम (इम्प्लायर्स) विना प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही प्रतिक्रिया में विविध सहायता किसी गैर साकारो संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त टोपी/पमले में लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विमति उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अशिक्षा/सकार हेतु मन्त्र नहीं किया जा रहा है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारो संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त टोपी/पमले हेतु किसी गैर साकारो संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लोग/लेगी।

2. "कोशिका कण्डर्नेशन" से ही गई सहायता केवल विशिष्ट प्रकृति की है। ऐसी पर हममतल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हममतल के बीच का विषय है और "कोशिका कण्डर्नेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हममतल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की जारी बिम्बेदारी ऐसी एवं हममतल की होती और "कोशिका" की कोई धूमिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

7/3/24

Can write to LPH (See No Post Stamp)

पञ्चमः कर्मणि व हस्ताक्षर व रजि. न.

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

16/M, Training नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यामी इस्तफा ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमौ हस्त्याक्षर २

2020