

Sr. No. अन्य स्रोत	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्य मान रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", जो मुझे यह सहायता देगा, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर नहीं चाहता हूँ, जो मुझे किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त हो सके और न ही भविष्य में मुझे।

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/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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आजीवनियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एम्बल्ड करें, प्रिंट, साप्ताहिक, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों के माध्यम से मेरी छवि को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करें। मेरे प्रारूप या विवरण मेरे इलाज के पूरा होने या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की जा सकती है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मेरी सहायता का हकदार नहीं बनाते। इस संबंध में "कोशिका" एम्बल्ड करने वाले व्यक्ति को निर्दिष्ट अधिकार और सम्मान प्रदान होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



Mayank Kumar Singh

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और वे सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर सकते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) हम यह न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के प्रस्ताव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी अन्य स्रोत/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता को प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु अनुरोध करने वाले रोगी/रोगी के मामले में सहायता प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी हमारे पास है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय सहायता प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/07/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 6802

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आजीवनिय 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आजीवनिय 2