

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 निम्न की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात का सख्त प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैं चाहता हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया करूँगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि इस सहायता का मैं भविष्य में नहीं करूँगा, जो इस प्रति का अंतिम या सख्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकरण में अपने इच्छाया या अंग्रेजी की जानकारी, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा या अंग्रेजी के पत्र या करार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे तथा: सहायता का इच्छाया नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, फोटो और विवरण का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का छाप



Vinodh den

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 (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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारा/हमारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या जो हमें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु मांगुर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारी द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है। यदि हम हस्पताल द्वारा जो सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेते एवं हस्पताल को सौंप दिया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार को कोई दायर नहीं है। इसलिए हमारा/हमारी से उक्त के उक्त सुरक्षित और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी लेते एवं हस्पताल को सौंप और "कोशिका" को कोई दायर या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/03/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
No. 45028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर, डॉ. नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(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

नामांकित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामांकित हस्ताक्षर 2