

Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी
6	IN XEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक द्वारा कथित वक्तव्य)

- 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 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 यहाँ पर कथित हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरास हो या सफल हो।
- 2) मैं यहाँ पर कथित हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कथित हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण प्रत्युत्पाद नहीं करूँगा, जो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में न हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा कथित)

- 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) यहाँ पर कथित हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में कथित हैं, जो "कोशिका" द्वारा कथित हैं, पता, फोटो/विवरण द्वारा इत्यादि से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का निराकरण करने के लिए या मदद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के इत्यादि से अधिकृत है मुझे मदद: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा कथित विवरणों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Harbhajji Devi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथित)

- 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, हस्ताक्षरों को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरिक्त स्वीकार/नकार हेतु माफ़ूस नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किन्तु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। यदि यह हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी सहायता/प्रक्रिया का सुचारु रूप से हस्ताक्षर को भीम का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसीलिए हस्पताल में कोई भी हस्तगत सुरक्षा और अन्य करने की जाती (निम्नोक्त) तरी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/03/17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का 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 (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2