

Dr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की गई सहायता राशी
1.	Venu.	

DECLARATION by APPLICANT: जावेद इम पीएम १२:

- 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 Kashiwa 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 योपस्था करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्रति "कोशिका कागजप्रेषण", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं योपस्था करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस प्रति का अधिक या प्रत्यक्ष विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (2004 201 15TH)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to virtual, 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या छाप लगाकर, मैं (अर्जतक) अपनी स्मरिती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, सार, संपादन करने इत्यादि से मुझे प्रतिबिम्बित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रस्ताव प्रथम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रपत्र का विकास मैंने इसलिये करते या कर रहे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से यादवी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्जतक) इस बात से स्मरत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जतक में घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और संपत्कारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

contiene gli indirizzi per aderire alla rivista.



Admission by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृत)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory, we are 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.

इससे अधिकतर राजस्थानी की ओर से सम्मेलनों की "कठिना प्रयत्न" से विविध सहायता हो शिवाजी की जाती है, जिसे हम (हमसे) फिर प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही अधिकांश में शिक्षण साधना किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐप्लीकेशन में ली जा ले गई है, बल्कि कि इनने "कॉलेज फाउन्डेशन" से डिप्लोमा/डिग्री उक्त के अन्तर्गत में "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा साक्षात् किसी अधिकांश/सकल हेतु प्रस्तुत की जाया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से साक्षात् होने का अधिकांश भुविगत रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शिक्षण मात्र उक्त ऐप्लीकेशन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।
2. "कॉलेज फाउन्डेशन" में ली गई साधना केंद्र विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा ही यह साक्षात् या किने या तो उपचार/प्रक्रिया का प्रमुख ऐप्लीकेशन का बीच का विषय है और "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में ऐप्लीकेशन के द्वारा प्रभाव और ज्ञान-बन की सारी जिम्मेदारी ऐप्लीकेशन प्रमुख और "कॉलेज फाउन्डेशन" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सन्धीकृती के सिध संसन्धी

Date of Surgery
 तिथि के तारीख

318/13

4.00

DE WANDERLOOM

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

DR. ANJULI SINGH

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Photo-Ji, New Delhi - 110017
Registration No. - DMG-175

SIGNATURE of TRUSTEE 1

2000 年 12 月 31 日

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सूची संख्या: ३