

SCEH

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ N/A

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर ध्यानपूर्वक यह "उद्देश्य" कह रहा हूँ, जिसके उपयोग के लिए उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, इस राशि का आर्थिक या सहायता प्राप्त किया बिना अन्य प्रोत्तन/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (제출인 동의서)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयं सहज ही पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्पू न्यायी, दान, सहायता के द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें बिना भी प्रकाश सभ्यता से प्रकाशित करने में निरुद्ध अधिकृत हैं। ऐसे फॉर्म का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या मेरे पक्ष में निरुद्ध "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे विवरण को उद्देश्यों से प्रेषित हैं पुष्टि करता हूँ: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पू उद्देश्यों के लिखें अधिकृत और सहायता नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके एक ओर हाथों का यह जोड़ना कि आप



AGREEMENT by HOSPITAL: (WHICH DO YOU)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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/procedures 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, इलाहाबाद की ओर से मण्डले-पैरी को "कोलिका काउन्सिल" से विधिवे साक्षात् हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इलाहाबाद) फिर प्रचार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही पंचिथ में विधि सभापत किसी नैर सारकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च श्रेणीवालों में होने या ले गई है, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" में विधिपरीक्षापत्रि संस्था में सम्मेलन में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा गणन हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सभापत विधि अधिकाधिकार हेतु बहुत बड़ी किम बात है तो साक्षात् किसी अन्य नैर सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन में उल्लाप लेने का अधिका सापुचित रखता है। इस पृथि में स्पष्ट कहा जाता है कि सभापत विशेष गणन उच्च श्रेणीवालों हेतु किसी नैर सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेका/लेगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही नई सभापत कंसत विधि प्रकृति की है। ऐसी या सभापत द्वारा ही नई सलाह या किने गये जायदादधिकार का सुका लेने एवं हसपलत में बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये सभापत में ऐसी में इलाज सुला और अपने सारे की सारी बिम्पेदारी ऐसी एवं हसपलत की होने और "कोलिका" की कोई दृष्टिका या किनारेपरी द्वारा भावने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीकुली के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 68022
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डॉ. ए. एस. शर्मा, अध्यक्ष, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

 NAME: [REDACTED]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप शर्मा २

Exempel

Rich