

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं था/अथवा सच नहीं है तो वेरी सत्यापन निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में शिमे किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस राशि की मदद से, उस राशि का अधिक या कमाल किसी किसी अन्य छोटे/बड़े/किसी अन्य कम्पनी से न ले लिये जा और न ही यहाँ पर लीया

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DU WISE)

- 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 साक्षात् या अर्पित की जाए साक्षर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दाता, साक्षर/क द्वाारा उद्देश्य से चुनी उद्देश्यीयों और जानकारीयों को निम्न किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न पर विचारण मेरे साक्षर को अपने या कर में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात् या अर्पित से उद्देश्य से प्रेषित है चुने गया: साक्षात् या हकदार की कला इस अनुरोध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यीयों या निम्न काल और साधक/क द्वाारा प्रेषित।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

जलवेदक की हानिनाश या अंतर्जाल का विस्तार

श्रीमद्भक्तानुश्रवण

AGREEMENT by HOSPITAL (FATHER OF NGX)

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 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.

इसी अर्थानुसार, इसका अर्थ है कि यह एक "कॉलेज" का अर्थ है, जिसे हम (इसका) नाम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सचित्र और न ही पत्रिका में प्रेषित साक्षात्कार किसी एक साक्षरी संस्करण या किसी अन्य मध्यम से उठाकर प्रेषित करने में होने या से हो है, जैसे कि अपने "कोलिका फायनोस" में निम्नलिखित/प्रति उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका फायनोस" द्वारा उद्धृत हेतु कि है। यह "कोलिका फायनोस" द्वारा उद्धृत प्रेषित अधिकांशकतः हेतु वस्तु नहीं किन्तु उक्त है तो अस्पष्ट किन्ती अन्य एक साक्षरी संस्करण या किसी अन्य संस्करण से उद्धृत होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि उद्धृत प्रेषित मध्य, उक्त ऐसी/मध्य हेतु किसी एक साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्षर से नहीं लेना/लेती।
2. "कोलिका फायनोस" से ही यह साक्षात्कार प्रेषित प्रकृति की है। ऐसी या उद्धृत/प्रेषित द्वारा ही यह साक्षर या किने नये उद्धृत/प्रेषित का प्रेषण होने, एवं उद्धृत/प्रेषित को बीच का निष्पत्ति है और "कोलिका फायनोस" द्वारा किसी प्रकृत का कोई उद्धृत नहीं है। इसीलिए उद्धृत/प्रेषित में होने के प्रत्यक्ष प्रेषित और अपने जाने की सारी विमोचनी ऐसी एवं उद्धृत/प्रेषित की होने और "कोलिका" को कोई प्रेषित या विमोचनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इन्हीं कृतियों के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/08/017

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS.FICO
Reg. No. 65028
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
राम कृष्ण हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Name: _____

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर २

2020