

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य नहीं आता है तो मेरी सहायता निरास हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की 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" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों या कारों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, उनका उपयोग कोशिका फाउंडेशन की हस्ताक्षर की छाप के माध्यम से "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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, हस्ताक्षर की ओर से प्रारंभिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए या उसी रोगी के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रारंभिक रूप से मांगी है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने के लिए अधिकृत है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल प्रारंभिक रूप से, उस रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर इस रोगी का सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर को देना का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को रोगी के हस्ताक्षर द्वारा और अपने आप की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/08/2017

Mrs. Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Sufyan