

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा छः

t) 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 योपमा काका हैं कि इस प्रालय में बिदे भले लगी विचारण भेरी जलकारी के अनुसार सब सब सही है। मेरी कोई बिचारण एवं सबन अवश्य सब सब सही है। मेरी प्रारणन प्रिकर के सब सब सही है।

2) गरी दुग्ध को सहायक एजेंट "कॉलॉइडल सॉल्यूशन", ये तो का ली है, तबका उपरोक्त उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जाएगा जो इस प्रश्न में पता पड़ रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

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 प्रश्न पर अपने इलाका या अंग्रेजों की जाय लगान, यें (अमेरिका) अपनी वास्तविक की मुद्रि करता है एवं "कॉन्ग्रेस काउन्सिल और उसके सदस्यों" को अधिकृत करता है कि ये वे, पता, सीट और वे निवास इस प्रश्न में संश्लिष्ट हैं, उसे "कॉन्ग्रेस" ध्वज रखती, एवं, सचनान्त इसी कर्तव्य से मुहूर्त वसतिस्थलों और उपस्थितियों के लिये नितीय वे प्रसार माध्यम के द्वारा, अपने-अपने अधिकार के लिये कार्य का निष्पत्ति की जायत की सफलता या असफलता के लिये "कॉन्ग्रेस काउन्सिल" के प्रकार अधिकृत है।

2) ये (आवरण) इस बात से जगता है कि योग, धर्म, कर्म, मोक्ष और विद्या के कि प्रत्यक्ष के अंदरों से प्रसिद्ध है मुझे स्वयं; सत्यता का हकदार नहीं मन्ता। इस संबंध में "योगिनी" ऐसा उत्तम व्यक्तियों का निर्णय और काव्यकारी योग।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आविष्टक को हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



Left thumb
sensitive

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this cosponsor for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following _____ to receive assistance from another NCF or any other source, for the same patient/case, as we

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/cases, 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/cases from any other NGO or any other source other than Koshika Foundation, in any financial nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure is decided by the Hospital. 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.

1) यह कि वे जो धर्मग्रंथ और न ही कबग्रंथ में विविध कथाएँ किताबें और आकाशवाणी के माध्यम से प्रसारित की जाती हैं, जिन्हें प्रायः (कल्पित) विभिन्न प्रकार के ज्ञान व सीखाने का कार्य है।

2. "बौद्धिक सम्पत्ति" से तात्पर्य कल्पित विविध प्रवृत्ति को है। ऐसी कल्पना द्वारा ही गई सलाह या विचार को उपनाम/प्रतिष्ठा का चुनाव से ही रचनात्मक हो सकेगा। विचार से और "बौद्धिक सम्पत्ति" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में ऐसी कल्पना सुझाव और अन्य बातें भी भारी विवेचना के साथ ही होनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shishu Mehra
DMC No. 64795
Signature Centre
(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व दस्तावेज नं. सहित

Dr. V. P. Thakral

Medical Superintendent,
A-8, Kailash Colony
New Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्ट्या

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Exercice 1

Rich