

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य नहीं होगा अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना विरल की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, माध्यमों द्वारा प्रसारण से मुझे भविष्य में और प्रशंसकों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरी प्रार्थना को पूर्ण करने या मदद करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की आवश्यकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के पूर्ण होने से भविष्य में मुझे मदद प्रदान करने का अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद का निर्णय केवल और केवल भरोदारों का होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये कि आपसे-मेरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि हमारा वित्तीय उत्तरदायित्व केवल और केवल हमारे अपने ही स्रोतों से होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा की गई प्रार्थना या किसी अन्य स्रोत/रोगी या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Dr. Ashwini Kumar

MBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(आवेदक द्वारा)

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(आवेदक द्वारा)

[Signature]