

DECLARATION by APPLICANT: अर्थोपेक्षा नसते आहे:

- DECLARATION by APPLICANT:** मैं/हम इस घोषणा पर:
- 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 a
grantee for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Karmika 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोईकर्म फाउंडेशन", से ही ले रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये करूँगा, जो इस प्रश्न में दया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना चाहूँ कि मैं किसी सहायता से मुझे नहीं मिलेगी, जो कि मेरी सहायता के लिये मैंने इस फॉर्म में माँगा है और मैं ही सहायता से मुझे

AGREEMENT by APPLICANT (HHSVW 1200 4/01)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 प्रार का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापने पर मैं (आवेदक) ज्ञाती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विषय इस प्रार में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, रूप, प्रकाशित रूप, इत्यादि से मुझे लक्षित करने और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे प्रार में उल्लिखित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विषय से कि माध्यम से उत्पन्न से प्रेरित है मुझे प्राप्त: प्रमाण का उपयोग नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित जानकारी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेक के इलाक़ा में लोगों का विचार

20/11/20

AGREEMENT by HOSPITAL. (EFFORTS BY WFO)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Organization) hereby affirm & accept following:

- 1) Hospital hereby affirm & accept following:
 1) that we either are presently or 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.

[illegible]

2. "कोरिडोर फायनेंस" से भी कई व्यापक अर्थों में परिभाषित किया जा सकता है। इसी पर हमारा ध्यान है कि यह शब्द या बिंदु एक उदाहरण के रूप में प्रस्तुत किया जा रहा है। "कोरिडोर फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई उल्लंघन नहीं है। हालांकि हमारा ध्यान है कि यह शब्द या बिंदु एक उदाहरण के रूप में प्रस्तुत किया जा रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सहीकाली के लिए संभव

Dr. Ashwini Kumar

MATHS MS FICO

Run No. 00028

Reg. No. 10049
Time _____

(Name of Dr. & Registrar, with Stamp)

संस्कृत भाषा में लिखित है।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/12/2018

SIGNATURE of TRUSTEE 1

2001

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 3

न्यायी इन्द्रधनुष ३

John R. B.

