

DECLARATION by APPLICANT: આપણા દ્વારા સુધીની પણ-

- 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 available 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 योग्यता देता हूँ कि यह सभी जानकारी को अनुमति दिए गए हैं। यह वह लाभ का बदला नहीं है जो मेरी सहायता की तरफ से प्राप्त होता है।

2) मैं इस नियम के "अनुमति का उपयोग", वाले बाबे की ओर से अनुमति देता हूँ कि यह सभी जानकारी, जो मेरी सहायता की तरफ से प्राप्त होता है, केवल योग्यता के लिए उपयोग की जाएगी।

3) मैं योग्यता देता हूँ कि यह सहायता को अन्य कोई व्यक्ति को अनुमति दिया जाना चाहिए तो नहीं दिया जाएगा और यह अन्य को नहीं दिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koashika 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 Koashika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koashika 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 Koashika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) यह पत्र या जारी कराना को मानें वाला भी यह समझा, है (अप्पलिकेटर), जारी कराने की तुष्टि करते हैं कि "कोशिका फाउण्डेशन और उसके योगदाते" को अधिकृत पात्र हैं कि यह वह वह योगदाते और वे विद्यमान रूप में योगदाता हैं, जो "कोशिका" याकूब नामी, एवं, अवकाश एवं उपरोक्त वार्षिक योगदाता के रूप में विद्यमान वार्षिक योगदाता के रूप में विद्यमान हैं। ये उन को विद्यमान वीक्सन के बाहर या बाहर से बाहर में विद्यमान "कोशिका फाउण्डेशन" के नामी विद्यमान हैं।

2) है (अप्पलिकेटर) यह पत्र को समझा है कि यह पत्र, या, योगदाता को विद्यमान के वर्षाचारों के पारित है तुष्टि करता, ज्ञाता या जानकारी वाला पत्र है "कोशिका" याकूब नामी को विद्यमान वीक्सन के बाहर से बाहर में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

Review of literature with no P



AGREEMENT by HOSPITAL (继续的同意)

By affixing her/his/her signature as our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kasthika Foundation, we (Hospital) Herby 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.

इस अधिकृत स्वाक्षरी को जल्द से जल्दी ही "कोशिका पाठ्यक्रम" में विलेख बनाता हुआ रखिया जानी है, जिस द्वारा (इसका) इस बात से जब व जीवन करनी है।

1.) यह कि १ में व्यक्त की गई व विलेख बनाता हुआ भी जिसी रूपरेखा के बिना अन्य रूपरेखा में लिखा जा सके हैं, ऐसे ही तरीके "कोशिका पाठ्यक्रम" में विलिखियाँ इसी तरह ही बनाए हुए "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा यार देते हैं। यदि "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा बनाता विलिख अविवाहित हो जाता जीवन की जल्दी अन्य रूपरेखा में लिखा जाता है तो जल्दी अन्य रूपरेखा के बिना अन्य रूपरेखा में लिखा जाना चाहिए। यदि अविवाहित यार द्वारा दोनों रूपरेखाएँ हो जाती हैं तो उनमें से एक को जल्दी अन्य रूपरेखा में लिखा जाना चाहिए।

2.) "कोशिका पाठ्यक्रम" में यह एक अवाक्षर बंधन विलिख प्रदृष्टि भी है। ऐसे प्राप्त इसका द्वारा दी जाने वाली विवरण जो उच्चाधिकारी का गुरुत्व देते हैं वह इसकी द्वारा "कोशिका पाठ्यक्रम" द्वारा भी उपलब्ध न होने वाली है। इसकी वजह से इसका द्वारा दी जाने वाली विवरण जो उच्चाधिकारी का गुरुत्व देते हैं वह इसकी द्वारा "कोशिका" का नहीं विलिखा जा सकते हैं जो उच्चाधिकारी का गुरुत्व देते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

COMMENDED FOR ACCEPTANCE

Administratör

2013 RELEASE UNDER E.O. 14176

Dr. Ashwini Kumar

MESS.JMS.FICO

Req. #dg-6502B

Time

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

दासदां का नम व उत्तराद्वय दीर्घि।

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

नाम व संस्कृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

संस्कृत विद्या

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मालिक व्यक्ति का दस्तावेज़ ।

SIGNATURE of TRUSTEE ?
संकेत वाले का नाम ?

Sferry

Eric