

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले):

- 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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस बात है कि मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पट गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस सहायता से मैं या मेरे परिवार को नहीं है, इस मदद का उपयोग या समकाल प्रदान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले):

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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर मैंने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगायी है, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लेख हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिये दिये जा सकते हैं।

2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के प्रदान करने के लिये है। मैं स्वीकार करता हूँ कि सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उल्लेख की गई जानकारी को अंतिम और स्वीकार्य माना जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

मोहिन्द अग्रवाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल करने वाले):

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) This 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 this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से विवरण को स्वीकार है, कि हम (हस्पताल) अपने प्रश्न के साथ न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये है।

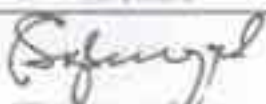
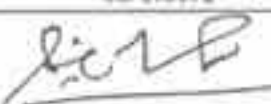
2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारे हस्पताल में हमें कोई दबाव नहीं है और हमें कोई भी सही निर्णय लेने के लिये है और "कोशिका" को कोई दबाव न मिले। हम अपने एवं हमारे डॉक्टर के बीच का निर्णय लेने के लिये है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/12/2018	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 हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अंगूठे हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अंगूठे हस्ताक्षर 2 
---	--