

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरीय)

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में स्पष्ट रूप से है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर नहीं चाहता हूँ, परंतु यदि का अधिकतम या प्रत्येक दिवस किसी अन्य फोरेन/डोमेस्टिक/सेल्फ इन्शोरेंस से मदद मिलेगी तो मैं उसे नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति के साथ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करना है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताना है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन से कुछ पब्लिशिंग और डिस्ट्रीब्यूटिंग के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। (को प्रपत्र का विवरण की प्रकृति के अनुसार या बाद में करने में सक्षम "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से अधिक है कुछ अन्य सहायता का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं "कोशिका" द्वारा, उसके ट्रस्टियों का निर्देश अधिकृत कर दूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर)

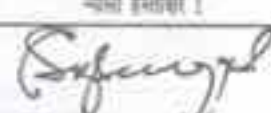
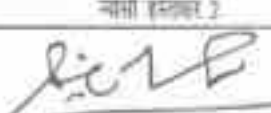
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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) 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यह घोषणा की है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवेकीय की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) फिर उक्त से मदद न स्वीकार 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 उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, किंतु कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त की मदद में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अंतर्गत किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना है कि अंतर्गत वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी संस्था से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी द्वारा ही वह सहायता किसे एवं हस्ताक्षर/छाप का प्रयोग होने एवं हस्ताक्षर की ओर का किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हस्ताक्षर में रोगी की प्रकृति स्पष्ट और स्पष्ट करने की ओर कि रोगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विवेकीय इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/12/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS, FICO Reg. No. 68202 Tamil (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	---

