

DECLARATION by APPLICANT: मेरी दस्तावेज़ की

- 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/financience company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहां कहा हूँ कि यह तारीख से लेकर आज तक मैं कोई गलत ज़िन्दगी की वजह से अपने खाते में निवापन की जगह नहीं हूँ। यह बड़ी चिन्ह है कि मैं अपने खाते में नहीं खर्च किया हूँ।

2) मैं इस नियम की "विभिन्न व्यवस्था", वे नहीं कहते हैं, उसका अर्थ है कि ऐसे वे व्यवस्थाएँ हैं, जो आपका दैनिक जीवन में अपने खाते में निवापन की जगह नहीं हैं।

3) मैं यहां कहा हूँ कि यह तारीख से लेकर आज तक मैं कोई गलत ज़िन्दगी की वजह से अपने खाते में निवापन की जगह नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (sign or stamp)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicly-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 "purposes", 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 प्रकार यह समाज का विद्युती भी बना गया है। एवं "विद्युती समाजी" भी उत्तर विद्युत के एवं "विद्युती परामर्शदाता" भी बने गये हैं, यह "विद्युती" लोग, जनों, वाह, चरकावा तूंकी उत्तरीय में उत्तरी विद्युतीय भौतिकीयों के बीच बिन्दु में जाता विद्युत में विद्युत का एवं विद्युत है; यह विद्युत का विद्युत भी विद्युत के विद्युत या विद्युत के विद्युत है। एवं "विद्युती" वाक्य का विद्युत के विद्युत के विद्युत है।
 - 2) 4. (विद्युती) इस विद्युत के बीच वाह, वाह, विद्युती भी विद्युत के बीच विद्युत के विद्युत के विद्युत हैं। विद्युत का विद्युत वाही विद्युत; इस विद्युत के बीच विद्युती वाही विद्युत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

અને કંપનીની વિસ્તારાની વિશે



AGREEMENT by HOSPITAL (Initials or Name)

By affixing hereto/under, 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.

यह अधिकृत विवाहों की सीधे से जुड़ने वाली एक "विवाहित प्रत्यक्षी-सेवा" में भी विवाह विवरण द्वारा विवाहिती की जाती है। यहाँ इस (विवाहित) विवाह विवरण में विवाह विवरण की

“विभिन्न विषयों” के रूप में विभिन्न विषयों की समीक्षा करने की जिम्मेदारी एवं उनकी विवरणों का विवरण देने की जिम्मेदारी विभिन्न विषयों के बारे में विवरण देने की जिम्मेदारी

ਦੇ ਬੋਲ ਕਾ ਰੀਤ ਵੇਂ ਜੇ ਅੰਮਰਿਤ ਪਾਲਕ-ਬੱਸ਼ਾਹੀ ਦੇ ਬੀਜੀ ਪਾਲ ਵਾ ਜੇ ਪਾਲ ਵਾਡੀ ਹੈ। ਪੁਲੀਂ ਭੁਲਾਂ ਵੇਂ ਪੂਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਾਤ ਸੁਆਹ ਵਾਡੀ ਵਾਡੇ ਵਾਂ ਪਾਂ ਮਿਲੇਗੀ ਦੋਵੀਂ ਦੂਜੀ ਪ੍ਰਾਤ

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery सॉर्जरी की तिथि	 Dr. Harsh Shanker Nag (Name of Dr./Physician, M.D. (M.S.) (D.M.R.D)) काश का काम के संस्कारण केंद्र, दिल्ली	 Shubhankar Bagchi Director National Research Centre काश का काम के संस्कारण केंद्र
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका वार्ता परीक्षा

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
John Doe

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवी शंखर 2

Sergey

Eric B