

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा घोषणा पत्रः

- 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.
- 4) मैं पांचवां करता हूँ कि इस प्रकाश में दिए गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार मान रख सकते हैं। यदि कोई विवरण यहाँ उल्लंघन आवश्यक पात्र बताता है तो मैंने सहायता निवार की या जानकारी को दी है।
- 5) जो दूसरा जो समाजसेवा योगी "कोशिका फाउंडेशन", से सीधे जाता है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किए जाते हैं, जो इस उद्देश्य के लिए गए हैं।
- 6) मैं पूर्ण करता हूँ कि यह सहायता देता यह जाथेन की गई है, इस चर्चा का आरोपण पापकाल विवाद किसी से न तो लिया है और न ही वापसी में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 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 fulfilment 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.
- 3) इस प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रयत्न में संबंधित है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, दान, वाचनायक इसी उद्देश्य से पूर्ण गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्तर मालिन से प्रसवित करने के लिए अधिकृत है। गंभीर उपचार का विवरण येरी इताल के चक्के पाया जाए तो कराने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ज्ञानीयों अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस चर्चा में सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण येरी कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है युक्त स्वरूप सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बद्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानीयों का निर्णय अधिकारी और जानकारी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगठे का निरापत्ति



LT
Mehboob

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाताल द्वारा करता)

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:

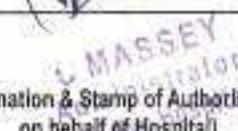
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

इसी अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से भागीदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पाताल) निम्न प्रकार से यथावधी घोषित करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवितव्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त संस्थानों ने लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हाता पाहत हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हाता सहायता निवार की अधिकारी/मालिन से सहायता हेतु किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता सेवन का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण रूप से स्पष्ट करता है कि अस्पताल हितोंया प्रदृढ़ उपकरण या गारंसी से हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लोगातारी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे हेतु सहायता कोणता विविध प्रकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर हाता की गयी उपचार/प्रक्रिया का नुस्खा येरी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" हाता किसी प्रकार का कोई व्यापक नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में योगी के इच्छा सुनाया और आवेदक को सभी विविध गोपनीयों को एवं हस्ताक्षर की होती और "कोशिका" की कोई धूमधारा या विविध गोपनीयों के लिए नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

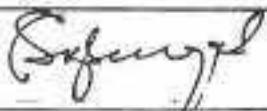
रखीकृती के लिए संस्थापित

Date of Surgery अंतिम चिकित्सा की तारीख 09/11/2019	 DR RAHIL GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर राहिल गुप्ता वा हस्ताक्षर वा संख. नं. 222	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम, उपचार की संस्था और अधिकृत अधिकारी नाम, उपचार की संस्था और अधिकृत अधिकारी
--	--	---

R FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवासिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

