

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकृत द्वारा घोषणा है:

- 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 पर कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशल विकास प्रारम्भिक", से ही मैं यहाँ पर, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया करूँगा, जो इस प्रारूप में पद किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं दूँगा, इस उद्देश्य का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ)

- 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/post-up/produce 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का अर्थ इसका यह अर्थ है कि आप सहमत हैं, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छवि को प्रयोग करूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, माध्यमों द्वारा प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण मेरे इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपलब्ध से प्रदान है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

APPLICANT'S SIGNATURE OR
 ANDREW M. KRAMER OR JAMES M. HIRSH



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (doctors) 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.

आगे उल्लेख्य ब्रह्मचारी को और से सम्बोधित करी "कठिनायक ब्रह्मचर्या" के विविध अष्टावक्र देव शिखरीय की ज्योती है, जिसे हम (ब्रह्मचर्या) विना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडन के लिए संसद

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेफा व इडि नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसा इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसा इस्तफा 2	
		