

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लै गई सहायता राशी
	BWLEH	

DECLARATION by APPLICANT: उद्घोषक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र 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 विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का सही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में गद्य किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस पत्र का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिप्रेत कर कर्ता)

- 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/put-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जितक) अपनी छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, साधक/या दूसरे उद्देश्य से बुद्धी प्रतिविधियों और उपस्थितियों के तहत किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हक्क नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उससे न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थशास्त्र के इतिहास का अंग्रेजी भाग निम्न

P. Rajkumar

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित होस्पिटल)

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.

आपको यह भी पता है कि "कोविड-19" को "कोविड-19" से विभिन्न संभावनाओं के आधार पर विचारित किया जा रहा है। जिसे हम (इसका) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रतीकित करते हैं।

- 1) यह कि न तो चरित्र और न ही भविष्य में विविध साक्ष्यता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐंगी-चरित्र में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालयी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विदेशी अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल विदेशी मदद उक्त ऐंगी-चरित्र हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं संग्रहीत।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह साक्ष्यता कंपल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर इसका द्वारा दो गई साक्ष्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इसका के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखत नहीं है। इसलिये इसका में ऐंगी के द्वारा सुरक्ष और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इसका की होती और "कोशिका" की कोई प्रतिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 8/1/2020	 Dr. RACHEL JOSEPH (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं रेजिस्ट्रेशन नंबर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. टीओटी दीपक B.W. Lio...
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Dr. J. C. Road, Bangalore - 560 002

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	