

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):

- 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 & ensuing assistance, if any, liable for rejection/sanctioning.
 2) I hereby 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 the assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहभागिता सिर्फ़ जो भी होगी, उसे मैं वापस ले लूँगा।
 2) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिये ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु अब प्रयत्न नहीं कर रहा हूँ, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):

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/print-upreproduce 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 प्रकार कि अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दिया है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, ट्रस्ट, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत करता हूँ। इस प्रमाणित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी छाप का उपयोग करने के लिये अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिये है, उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Rit
Chenai

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन):

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए हम सहायता से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश आशिक/संभव हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और खाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

MASSEY
Administrator

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/1/2020

Dr. RAHUL GUPTA
MS (OPHTHAL)

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safaryal