

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सत्यता प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, कि मैं भविष्य में पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 "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.
- 1) इस प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस प्रत्यय में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक, दवा, चिकित्सा प्रक्रिया के माध्यम से मेरी आवश्यकताओं और उपलब्धताओं के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये उपयोग करे। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के अस्तित्व से प्रभावित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक और चिकित्सा प्रक्रिया के माध्यम से मेरी आवश्यकताओं और उपलब्धताओं के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये उपयोग करे। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये नहीं कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (as Designated by Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

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