

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: अवेदन करणारा 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन प्रमाण प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने प्राप्त की सहायता यदि "प्रशिक्षण कार्यक्रम", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पद प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उद्देश्य या सहाय दिग्गम किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न के लिए है और न ही भविष्य में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हउ कए)

- 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 (अर्पितकर्ता) अपने नाम, पता, फोटो तथा "उद्देश्य" के लिए जिस सहायता की मांग कर रहा हूँ एवं "कोशिका" द्वारा प्रसारित की जाने वाली सूचनाओं में मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायिक, धर्म, स्वास्थ्य आदि क्षेत्रों में सुदूर प्रचारित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण और इसका फल पहले का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायिक अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण से कि सहायता को प्राप्त करने के लिए मैंने मांगी है, स्वतंत्रता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

આચાર્યના જે તત્ત્વાચાર પણ ઔગંદે પા નિહાળ

MD. Fahim

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 (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 अविद्यमान, हस्तक्षेप की ओर से प्रभावित/पेची को "कोरिना प्रान-वेस्त" से विलीय सहायक है। सिफारिश की जाती है, किसे दया (हमसाहा) निम्न प्रकार से समझा व प्रभावित करते हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही कई स्वास्थ्य संबंधित विविध प्रकृति की हैं। रोमी या इस्मिता द्वारा ये कई स्वास्थ्य या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोमी एवं इस्मिता से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयास नहीं है। इसीलिए इस्मिता से रोमी के उत्तरन भुगतान और खर्च करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोमी एवं इस्मिता ने ही लीं और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑप्टिमिज्म की जरूरत

09/4/24

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मिति

OPTIONAL AFFIDAVIT DAS
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

SANKALP नमो मे भद्रं कथस्यात्मनो भद्रं कथस्यात्मनो

नाम सं ७११ हस्ताक्षर अभिलेख अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सांख्यिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि ३

100