



**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं सहाय्य प्राप्त करता हूँ तो मेरी आवश्यकता निर्यात की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में कहा गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहाय्य हेतु यह प्रयत्न की नहीं है, उस मदद का जो कुछ भी सहाय्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिये है जो न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहाय्य/या अन्य उद्देश्य में मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देना। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहाय्य के प्रकाशित या प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहाय्य के प्रकाशित करने से मुझे स्वतः सहाय्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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.

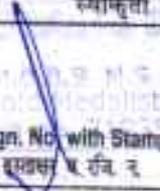
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है। जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

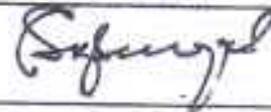
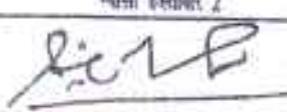
1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्य संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सहाय्य से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य सिफारिश अस्वीकार/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहाय्य संस्था या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहाय्य संस्था या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही सहाय्य या बिना गैर-उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं हस्पताल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज/चुका और अपने खर्चे की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका न विद्यमान/हो इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/4/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKA के नाम व पर 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 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------