

DECLARATION by APPLICANT: मेरी यह घोषणा है-

- 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 पूर्णतः कहा हूँ कि इस प्राप्ति से दिये गए सभी विषयों ने कोन्कण चार पट्टी की ओर, चारों विषय सहूल चार पट्टी की ओर भेज सकता है औ उसकी लिए काम करता है।

2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कॉर्पोरेशन चारपट्टीकरण", जो नई करवी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि से किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में आवश्यक है।

3) मैं युक्त कहा हूँ कि विद्या सहायता हेतु जब जारी की जाती है, तो यह विद्या के लिये अन्य क्रोरियोंका/पीसी कम्पनी से या गोपनीय हो जाती है औ वह विद्या के लिये

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 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 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 पर वपने इमांगा या अंगों की साप लगाकर, मैं (व्हाइलेक) अपने चामड़ी की पर्सी पराने में जो "विशेष व्यक्तिगत या जाती व्यक्तिगत" या उभयनामी व्यक्ति

पर, पोटी और यो विषय इस रस्ते में खोला है, उसे "कोरिका" एवं नवाही, पर, बाबकरा द्वारे अद्वैत ने युद्धी चौहानियों का उत्तरायणीयों के लिये लिखी थी प्रश्न वाचन में प्रश्नित करने के लिए, अधिकारी ही। ऐसे प्रश्न वाचन में विवाद के बातों का भर्त ने करने के लिए, "कोरिका चाहारें" व नवाही विविहृत है।

2) पै (मध्येक) इस रस्ते से जगह है कि पैसे जरूर, जरूर, पोटी और विषय के कि जगह वह अद्वैतों से जुड़ते हैं युद्धी चौहा: विवाद जो इन्हाँ वही बनाता इस रस्ते में "कोरिका" एवं उसके नवाहियों का निर्णय लियी गई जगहीनी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR I FEE THE THIS INFORMATION

अपेक्षा के अनुसार यह लंबवे तक पहुँचता



AGREEMENT by HOSPITAL

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 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. This 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 in the matter.

1) यह कि न हो गयिका वीर पर ही शीर्षक में विविध चारोंपाई तो विविध चारोंपाई की जाती है, जिसे इन (इत्यादि) विविध वीरों में बताया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतर्गत समय की तिथि <i>01/05/24</i>	Dr. S. Ravinder Dass राविंदर डॉस (Name of Dr. & Physician, No. with Stamp) संस्कृत काल काला चुप्पानी दे रोड न.	<i>OPTION B0747977 DAS</i> S. Ravinder Dass (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SANKALP INSTITUTE नाम य अधिकृत अधिकृत वाचिकार
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIBA FOUNDATION

३७५

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

10.03.2022