

DECLARATION by APPLICANT: नीमेंहे याचि खोलावड करा:

- 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.
 - 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.
 - 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 प्राप्ति में से किसी भी कामकाजी के व्यापार का दर्द नहीं है। परन्तु, किसी विकल्प का दर्द कामना करना चाहिए तो उसे पैदा करना चाहिए नियम को या कानूनी है।

2) मैं इस नोट समाप्ति का "झोलिक वापसीकरण", के तहत करता हूँ, जबकि बचतों तकी दर्दवाली की वृद्धि के लिए विकल्प कामकाजी को इस प्राप्ति में शामिल है।

3) मैं वृद्धि कामकाजी के लिए वापसीकरण का वापसीकरण करने की तैयारी करता हूँ, उस तीसरी पक्ष व्यापकीय का वापसीकरण करने की तैयारी करता हूँ ताकि यह वापसीकरण कामकाजी के न को लिया जाए और न ही व्यापकीय में संदर्भ

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा)

- 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 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.

3) I am aware of and accept the above terms, & conditions, and request all who bear & act "without negligence and good faith" not interfere with the

- 1) यह प्रस्तुति वाले अवलोकन के अनुसार यह गोंडल थी कि सारा समाज, वे (वासिन्दा) यांत्री समाजी थी युद्ध का है यह "सांस्कृतिक चालांडेश्वर जीवे डालते नहीं हैं" यही गोंडलारा साहा है कि ये एवं वाम, वाप, गोंडल जीवे जो विवाह इस प्रस्तुति में घोषित हैं, उनके "वासिन्दा" यांत्री, बाप, साकारक यूटे गोंडलों वे युद्धी गोंडलिंगों को और उपराजितों के लिये विजीती थीं ग्राम ग्राम से उत्तराधिकारी करने के लिये विविध हैं। ऐसे प्रस्तुत वाले विवाह के समाज के बाहर वे घोषणे के लिये "सांस्कृतिक चालांडेश्वर" व नाहीं घोषित हैं।
- 2) वे (वासिन्दा) इस प्रस्तुति में साकारा है कि ये एवं वाम, वाप, गोंडल जीवे विवाह वे कि साकारा के गोंडलों से उत्तराधिकारी हैं युद्धी रक्षा; साकारा का इन्द्राजल यही विवाहा; इस सम्बन्ध में "सांस्कृतिक" एवं उपराजितों वाले विवाह अधिक और ग्रामीणी खोला।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEGIBLE INK PRINT

ਗੁਰੂ ਨਾਨਕ ਦੇਵ ਮਿਸ਼ਨ

Banasei sandal

AGREEMENTS AND POLICIES (附錄四)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

प्राचीन विद्यालय, राजस्थान की सौर दो अधिकारीहरन के "विद्यालय विभाग" के बड़ी विभाग के नियमित विषयों में से एक है।

२. “चौलिंग पालक्केन” वे ती गई चालाक चंद्रमा निश्चिन भृति थी है। दोनों यह इनकारा द्वारा यह गई चालाक या किसे गये उपराजानिय या मुख्य थे ऐसे एवं इनकारा वे दोनों या किसी द्वारा या खोई चाल नहीं है। इन्हिये इनकारा में दोनों दो इनकारा नाम लक्षण चालने की सारी किसेहर दोनों एवं इनकारा “दो लंगों और “चौलिंग” दोनों चंद्रमा या निश्चिनी या अपाने में भी थीं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालित कर दिया गया

Date of Surgery

17/05/2017

Dr. Schubert Drs.

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

OPTIONAL ADDITIONAL DAS

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

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी दस्तावेज़ ।

Safayyid

SIGNATURE of TRUSTEE 2
राजी भट्टा ?

line