

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा संभवतः कर):

- 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 संभवतः कह रहा हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या सत्यता का दावा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ संभवतः कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही प्रयोग में लाया जा सकता है।
 3) मैं यहाँ संभवतः कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर):

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'भारतीय' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में शामिल है, उसे "कोशिका" एन.डी.ओ. द्वारा, कचरे के कूड़े उद्देश्य से कुछेक विवरणों और उपस्थितियों के बिना किसी भी प्रकार के बदलाव के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र पर विवरण में कलम के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं ले रहा हूँ।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है और इस प्रकार की प्रकाशित इस प्रपत्र में "कोशिका" एन.डी.ओ. द्वारा प्रकाशित की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Rashu Patel

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार या स्वीकार नहीं करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे या नहीं लूँगे, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे या नहीं लूँगे, जो रोगी के उपचार के लिए हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे।
 3) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे या नहीं लूँगे, जो रोगी के उपचार के लिए हमें सहायता से कूड़े उद्देश्य से लूँगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p><i>24/05/24</i></p>	<p><i>Dr. Shikha Das</i> M.B.B.S</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व प्रमाण पत्र संख्या</p>	<p><i>OPTOM ANJALI DAS</i> SANEER VAUGHAN INSTITUTE</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे लिए हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी का नाम</p>
-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>