





**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन कर रहे हैं।

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य वाक्य सच है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सच है।  
 3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार की मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 any treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह, पत्र, ध्वज, वीडियो, ऑडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण को प्रसारण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अपेक्षित है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण रूप से सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर द्वारा करण)

- 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:
- 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.
  - 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय मदद प्राप्त होगी/कामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से भी कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रपत्र पर सहायता या निम्न रूप में उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें सहायता में रोगी के इलाज सुझाव और करने करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या विधेयगी इस मामले में नहीं होगी।

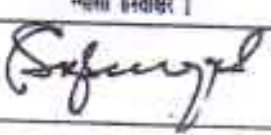
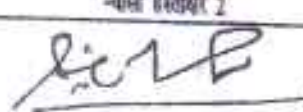
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/11/23	Dr. Shrawan Das M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	OPTOM ABHINAV DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKARA YOGI HOSPITAL जे.ए.ए. रोड, इलाहाबाद, उत्तर प्रदेश
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--