

DECLARATION by APPLICANT: अप्प्लिकेंट द्वारा की जानकारी:

- 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 योग्य करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण येरी जनकारी के अनुमति सहै एवं ठिक है। परं कोई विवरण ऐसे कथन असाध पाप करता है जो येरी सामाजिक नियम की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सामाजिक गति "कोशिका फाउंडेशन", में सौ जा सकती है, उसका उपयोग यादी उत्तराधि को खुल्ही के लिए किया जाता है, जो इस प्राप्ति में बहुत गहरा है।
- 3) मैं पुर्ण जानता हूँ कि विवरण सहै एवं व्यापक है, उस लिए का आविष्कार ये सामाजिक विवरण की अनुमति के लिए उपयोग की जाती है। और न ही भविष्य में सूची:

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्प्लिकेंट द्वारा करता)

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.

1) इस प्रति पर अप्प्लिकेंट की जाप लगाकर, मैं (अप्प्लिकेंट) अप्प्लिकेंट को पुर्ण जानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" जो अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, परिवार और ये विवरण इस प्राप्ति में चाहिए है, उसे "कोशिका" एवं नाम, जन्म, वयस्थाएँ दूसरे उत्तराधिकार से खुल्ही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रमाण भाष्यमें प्रयोगित करते भी लिए अधिकृत हैं। मैं प्राप्ति का विवरण में इनका जो जाते हैं वह ये जानने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" जो जानी अधिकृत है;

2) मैं (अप्प्लिकेंट) इस जाति में गहरात हूँ कि मेरा नाम, जन्म, जाति और विवरण जो कि सामाजिक उत्तराधिकार में चाहिए हैं, पुर्ण रूप से सामाजिक विवरण की अवधारणा नहीं किया जाता है तो असामाजिक "कोशिका" एवं उसके जानीसरों का विवरण अंतिम जौन व्यापकताएँ होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्प्लिकेंट को उपलब्ध पारा अंदरुने का विवरण

Amataara Begum

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल द्वारा करता)

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.

इसी अधिकृत, हास्पिटल को जोड़े जाने से यामार्टीरों जो "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण यापात हैं, नियमितीय की जाती है, विवरण इस (हास्पिटल) नियम इकाई में नाम्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो जानाया जानी न ही व्यापक में विवरण सामाजिक विवरण येरी सरकारी संस्थान या विभागों जैसे ज्योति ज्योति या उत्तराधिकारी में सौने वा लौंग है, जैसे कि इनके "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नदर हानु किया है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सामाजिक विवरण जानाया जाना है तो असामाजिक विभागों जैसे ज्योति ज्योति या उत्तराधिकारी में जूही लीजाजीती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" जो सौ गहरा सामाजिक विवरण प्रदाता की है। उन्होंने यह हास्पिटल द्वारा दी गई सामाजिक विवरण येरी व्यापक जैसी एवं हास्पिटल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उत्तराधिकार को कोई रुकाव नहीं है। इसीलिये हास्पिटल में उन्होंने कि इसका नुसार और अपने बारे को सारे विवरणों येरी एवं हास्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणों इस व्यापक में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अधिकृत को दर्शाया

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| Dr. S. D. D. | Designate |
| M.D. M.S. (Gold Medalist) | (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) |
| दाकान का नाम व हस्पिटल का नाम है | |

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

गण व रक्त हास्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राजि उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्पिटल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पिटल ।

Safayya

Sir