

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का कौटिल्य या सहायता किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 fulfillment 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के अंतर्गत या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस उद्देश्य में "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से चपसंद/रोनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, बल्कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभार लेने/पान करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के समान्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उभार लेने/पान करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हे पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोनी के इलाज सुझा और करने करने को सभी विधेय/री रोनी एवं हस्पताल की होमी और "कोशिका" को कोई चुनिंदा या विधेय/री इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25/11/24</p>	<p>Dr. Sandeep Singh Director M.B.B.S., M.S. (Gen. Medulist) 7103 WBMC (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिंक</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ब्राह्मी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ब्राह्मी हस्ताक्षर 2</p>
	