

 Koshika
foundation
Building block of life

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्वास्ट को खारिज करने के लिए जिम्मेदार होना होगा।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, केवल इस प्रश्नपत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेूँगा।

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/post-up/produce 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्जितक) अपनी छावनी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि वे) नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस पत्र में दर्ज है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, राय, सामान्य रूप से उद्देश्य से खुशी की विविधताओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे पत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्जितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छावनी के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आरोपों के हलफनाम या झूठे का निराकरण



Dulac

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.

हमारे अधिकृत, इसलिये को और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गों में संगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकार/सहायता हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो सम्भवता किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवता वित्तीय मरद उक्त रोगी/मार्गों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या निम्न तब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में संगे के हस्तान्त सहायता और अपने जाने को जारी विमोचन रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुविध या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Shishir Mohit
DMC No. 64798
(Name of Doctor & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील

Dr. Vandana Gupta
MNS, Delhi District of Authorised Signatory
Medical Superintendent of Hospital
Shroff Hospital, Delhi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामही हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Exempel

202