

DECLARATION by APPLICANT- अर्शनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. A false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have no claim for insurance/ reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम या दावा अलग स्रोत से प्राप्त हो तो उसे सहायता मिलने का अधिकार नहीं है।
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीदवार को पूर्णतः किसके लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 5) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार का बीमा या रकम क्लेम करने का दावा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शनक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfillment of the purpose for which assistance is being requested.
- 2) Applicant further agrees 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो क्लेम इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, याचना तथा दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रचार करने में प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रचार का विवरण भी अर्शनक के पत्रों या पत्रों में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्शनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, पूर्णतः सहायता को इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर, अर्शनक के विचार को अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- By affixing the hospital 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 receiving it from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. The requested assistance is not granted by Koshika Foundation in part or in full, than the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any financial 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/medication conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the parent & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से मामलों/रोगियों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही 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 कितने भी सकारात्मक हो, किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने या ले ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तपोषण/सिफारिश करके से प्राप्त है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/सकत हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा निर्दिष्ट प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सही करने/करने योग्य एवं हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" का कोई भूमिका या जिम्मेदार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13/10/20	<p>Dr. ADHISH EK HAN स्वीकृती के लिए संस्तुति</p> <p>Signature: </p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं मुहर</p>	<p></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
	<p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अर्शनक उपयोग हेतु</p>	

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शनक हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शनक हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
---	---