

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & request assistance, if any, liable for rejection/consideration.
- 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's insurance company, if the amount for which this assistance is requested).
- यदि सहायता प्राप्त हुई कि इस प्रत्येक में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी से अनुसरण प्राप्त एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन प्रकृत बना जाता है तो सभी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ सख्त तौर पर "कारिष्का फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त हो, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में घोषित है।
- मैं यहाँ सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी किसी अन्य सहायता प्राप्त नहीं की है, जो कि किसी अन्य सहायता के अतिरिक्त है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use publication/put/communicate my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium (printed but not limited to) verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/revenue etc. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after the treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- I (Applicant) hereby 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.
- इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकृत करता हूँ एवं "कारिष्का फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और बाकी विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कारिष्का" द्वारा, मुद्रित, प्रकाशित, दूरदर्शन से वृद्धि गतिविधियों और दस्तावेजों को तैयार करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का निशान को पहले या बाद में करने के लिए "कारिष्का फाउन्डेशन" व यहाँ अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रतिष्ठित हैं मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कारिष्का" द्वारा प्रकृत विवरणों का उपयोग निरंतर और माध्यमकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक से हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (उपचारक द्वारा कथन):

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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 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 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 course of the treatment/ procedure already 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से उपचारक को "कारिष्का फाउन्डेशन" से निरंतर सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरंतर सहायता से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च सहायता प्राप्त हो सके या तो है, जैसे कि हमने "कारिष्का फाउन्डेशन" से सहायता/निधि प्राप्त कर लेना हमें "कारिष्का फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त कर लेना है। यदि "कारिष्का फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निधि अशुभ/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो उपचारक किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकृत में स्पष्ट कहा जाता है कि उपचारक द्वारा सहायता प्राप्त कर लेना सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना होगा।
 - "कारिष्का फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त कर लेना प्रकृत की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही प्राप्त सहायता या निधि का उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव करना एवं सहायता को प्राप्त कर लेना है और "कारिष्का फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त कर कोई सहायता नहीं है। हमारे सहायता संगठन को सहायता सुरक्षित और प्राप्त करने की पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं सहायता को सही और "कारिष्का" को सही प्रकृत का निर्माण ही हमें प्राप्त नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. AMISHKAR B...

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
14/10/20

MCI No-40-3887
Signature
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
—on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
यात्री हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
यात्री हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]