

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता रकम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायक हेतु यह राशियाँ की गई हैं, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/निर्माणाधीन कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रकार जब अपने हस्ताक्षर या अंगुठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि/विवरण को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "ट्रस्टी", दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-संचरण से प्रभावित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पढ़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता या हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके "ट्रस्टी" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठों 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा नीचे दिये गये हस्ताक्षर/अंगुठों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तिय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा है/है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय आशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोशिका वित्तिय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया को चुनने वाली एवं हस्पताल

का बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

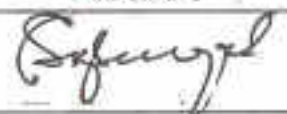
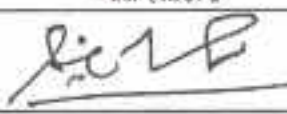
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25-4-25	 DR. SUNIL VERMA DMC No. - 20634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	 (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory) नाम, पद, हस्ताक्षर और अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
--	---