

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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 reimbursement/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/insurance/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक काल अवधि तक सत्य रहा है तो उसे वापस मिलाने की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी इस प्रारूप का उपयोग नहीं करेगा। मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/disseminate 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) 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.

3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जो "कोशिका" फाउंडेशन, ट्रस्टी, डॉक्टर, नर्स, या कर्मचारी द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों, जिसमें कि लिखित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रसारित है। मैंने स्वीकार किया है कि कोशिका फाउंडेशन को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यमों, जिसमें कि लिखित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not seek 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

हमारे अंगूठे, हस्ताक्षर और अन्य विवरणों को "कोशिका फाउंडेशन" से लिखित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ उसी के नाम पर स्वीकार करते हैं।

3) यह कि - हम (हस्पताल) और न ही भविष्य में लिखित सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप में स्वीकार किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन को कोई भी सहायता नहीं दी जाएगी, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है।

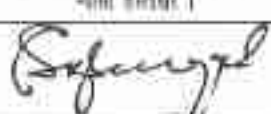
4) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हम (हस्पताल) द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे पूर्ण हस्ताक्षर के बिना नहीं किया जा सकता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में सभी डॉक्टर, नर्स और अन्य कर्मचारी को सभी डॉक्टर और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जानकारी इस प्रारूप में नहीं दी जाएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

(स्वीकृति के लिए संस्तुति)

Date of Surgery उपचार का तिथि 16-1-2025	Dr. SEJAL DMC No. 24176 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SOH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2 
---	--