

Sl. No. क्र.सं.	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कई राई अङ्गमात चर्के

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- I hereby declare 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 suspension/cancellation.
- 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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरासरा एवं काल्पनिक दावा किया है तो मेरी मांग/प्राप्त की गई सहायता को निलंबित/रद्द कर दिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी सहायता, इस फॉर्म में उल्लिखित उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना नहीं की है, जो मेरी किसी भी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त की जा सकती है, जो इस सहायता के लिए मांगी गई है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- My affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/authorize/dispose/provide 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.
- 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 retaining 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली छाप (आवेदक) मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे उद्देश्य का विवरण मेरी सहायता के लिए, जिसके लिए मैंने सहायता मांगी/प्राप्त की है, के माध्यम से, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को मांगने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी/सफलताओं को प्रसारित करने के लिए, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं। मेरी सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिए मांगी गई उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी सहायता के लिए मांगी गई उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का छाप)

10



P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing the number, signature of our Authorized Signatory for recommending this 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 provided 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 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 the matter.
 - इससे अधिक, हम घोषणा करते हैं कि हम सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, जिसके लिए हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाणों से सहमत हैं:
 - हम (हॉस्पिटल) न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए सिफारिश करेंगे, जो हम (हॉस्पिटल) को मांग रहे हैं, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांगी गई उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।
 - हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांगी गई उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।
 - हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांगी गई उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।
 - हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांगी गई उद्देश्य के पूर्ण से शिवाय किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए अनुमति)

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 23-1-2025	Dr. SEJAL DMC No. 44102 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व प्रमाण पत्र नं. सहित	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCBH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यशवी सहायक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यशवी सहायक 2
--	--