

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं असत्य बयान दाखल है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सरकारी सेवक, स्वयंसेवक, या अन्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वही मदद नहीं ले रहा हूँ 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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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) 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 obtaining or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance shall rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्रायोजनों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सामग्री, दूसरे उद्देश्य से जुड़े पत्राचारों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे फॉर्म में उल्लिखित है या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लिखित है मुझे स्वतः सहायता को इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सामग्री का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.
- 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 the matter.
- हमसे अधिकृत, हमारी ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के उक्त रोगी/रोग के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निम्नलिखित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से नहीं मिलती है तो हमस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोग के लिये किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोशिका फाउंडेशन को है। हमें यह हमस्पताल द्वारा ही प्राप्त करता है कि हमें इसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हमस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने करने के लिये निम्नलिखित रोगी एवं हमस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

DIABETES (A unit of Koshika Foundation)

Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2