



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण में जास्ती वं अनुमति द्वारा प्राप्त है। यह बोर्ड विवरण इस प्राप्ति का बोर्ड है तो मैं जास्ती विवरण में जास्ती है।
- 2) मैं द्वारा जैसा घोषणा की गयी "जोड़ीला काटान्डोरा", में लिए जा रहे हैं, उसका उल्लंघन करने वाले को पूर्ण से दिये विवरण दियेंगे, जो इस प्राप्ति में प्राप्त है।
- 3) मैं पूर्ण भाव से दिये गए विवरण में जास्ती का अधिकार वं उसका विवरण दियी गयी भाव घोषित/दियी गयी कामी में प्राप्त है और न हो घोषणा में दीजा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 donation to 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 fulfilment 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 प्राप्ति का अधिकार वं उसका विवरण, मैं (आवेदक) अपनी जास्ती की पूर्ण भाव से दिया गया है इस "जोड़ीला काटान्डोरा" वं जास्ती विवरण को जास्ती विवरण दिया गया है। यह विवरण इस प्राप्ति में दीजा है। यह विवरण दिया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्राप्ति का अधिकार वं उसका विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के उत्तराधि वं अनुमति का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पातल द्वारा कराया)

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:

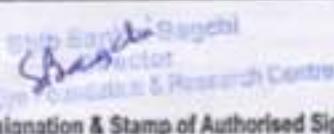
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसी अनुमति, उसका विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है।

- 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो भविष्य में विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है।

- 2) "जोड़ीला काटान्डोरा" में दी गई विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है।

- 3) "जोड़ीला काटान्डोरा" में दी गई विवरण दिया गया है। यह विवरण दिया गया है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निरस्त का विवरण दियें)	ACCEPTANCE मन्त्र	REJECTION मन्त्र
Date of Surgery बीमारी की तिथि  09/08/18	 Dr. Hemant Patel, MBBS, MRCOG, FRCR Consultant Radiologist & Researcher (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राजस्थान का नाम वं इस्तेहार वं दीर्घ नं. राजस्थान का नाम वं इस्तेहार वं दीर्घ नं.	 Dr. Bhavesh Patel, MBBS, MRCOG, FRCR Consultant Radiologist & Researcher (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम वं राजस्थान अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION जास्तीक उपयोग है।

SANCTIONED मन्त्र	REJECTED मन्त्र	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
		