

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक निरास हो या खराब हो सकेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से मिले बिना नहीं, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके गतिविधियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को अधिकृत है। इस प्रकार का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन और/या इसके गतिविधियों के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

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, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहे हैं और न ही भविष्य में लूँगे।

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहे हैं और न ही भविष्य में लूँगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रस्तावित/प्रदान किया गया है और इसका निर्णय कोशिका फाउन्डेशन और रोगी के बीच है। कोशिका फाउन्डेशन को इस प्रकरण में कोई भी भूमिका नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से मिले बिना नहीं, जो इस प्रकरण में माग किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर और मुहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुहर
------------------------------------	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--