

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	Scsh	

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा है:-**

- 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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उद्योग उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकांश या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से मेरे लिये मिले और मैं ही दायित्व में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदारी करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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.
- 1) इस प्रश्न का जल्ने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, साक्षात्कार द्वारा इत्यादि के मुद्री प्रतिविधियों और वितरणियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इसका मे पदले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहायता के इच्छाओं से प्रेषित है मुझे स्वतः साहायता का उद्देश्य नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" अपने भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुदेशक के हस्ताक्षर पर अंगूठी का निशान



Rukmani devi
RTH.

AGREEMENT HOSPITAL (KARUN 870 800)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अभियुक्त, इलाहाबादी को जेल से बागलपुरेली को "कमिनात पाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता देते सिद्धांतित की जाती है, जिसे हम (इसकागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही पश्चिम में स्थिति सामान्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से प्राप्त होती/पाएगी में होने या तो हो है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफरिड/विपरीत उष्ण के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य विधि कोशिका/समर्थन हेतु पान्ना या किंचित जगह है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थागत से समर्थन देने का अभिप्राय प्रकटित करता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि सामान्य द्वितीय स्तर उष्ण होती/पाएगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/देना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सामान्य केवल स्थिति प्रकट होती है। ऐसी या अन्यथा द्वारा ही यह साहजिक किन्हीं गरीब उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव होती एवं अन्यथा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अन्यथा में ऐसी के इलाज शुरू और अन्य जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं अन्यथा की होती और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

उत्पीडन से लिए बरसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10

71119

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Register No. with Stamp)
028084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

MASSEY
Fertilizers & Seeds

Admission of Heavily Injured

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

2000

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हम्पट्रिल ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जुलाई २०००

1228