

(1071) Ram Charan

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जायेगी, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मुआवजा ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and K'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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ इस फॉर्म पर (अर्पणकर्ता) यहाँ पर सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को मेरी जानकारी के अनुसार मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करेगा, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

- 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.
- हमारे अतिथि, हॉस्पिटल की ओर से यहाँ पर दिये गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय सहायता ही होगी।

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No: 09-35572
Signature

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अतिथि के लिए सिफारिश

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

[Signature]

[Signature]