

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCEH	

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 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उल्लेख की गई वस्तु के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का स्वतंत्र या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है 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 & 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 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 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 का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के माध्यम से करार करके, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सही घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" दवा, यकृत, दान, चिकित्सा दवा, उपकरण से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी जानकारी के अनुसार मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थ में प्रेषित हैं, सहायता का उपयोग करने के लिये इस दस्तावेज़ में "कोशिका" दवा, उपकरण या किसी भी माध्यम से प्रकाशित होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

जयचन्द

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउण्डेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनंति प्राप्त की है, जिससे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मांगी सहायता को प्राप्त करने में सक्षम हो सकेंगे। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मांगी सहायता किसी और सहायता संगठन से प्राप्त होती है, तो हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त सहायता को प्राप्त करने में सक्षम हो सकेंगे।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज/उपचार की गई सलाह या चिकित्सा उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सिफारिश/विनंति का कोई प्रभाव नहीं है। हस्ताक्षर/स्वीकृति के द्वारा हमने सहायता हेतु रोगी को सहायता प्रदान करने और उसे जारी रखने की स्वीकृति दी है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/02/2019	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign.....<i>Priya</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी व रोगी हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Safur</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>Safur</i>
--	--