



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा द्वारा की जानकारी:

- 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 प्राप्ति करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार जान एवं रखी हैं; यदि कोई विवरण एवं काम अलग प्रकार जाना है तो मैंने सहायता दिलाने की जा सकती है।
- 2) मैं इस विवरण में "कोशिका पाइथोलॉजी", या भी या नहीं हूं, उसका उपयोग गंभीर रुपी रूपी की गृहीत के लिये किया जाना चाहिए, जो इस प्राप्ति में आवधि नहीं है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि विवरण में दिये गए प्राप्ति को यह है, उस दिलाने का अधिकार या सहायता किसी अन्य संस्था/नियोजित कर्त्ता द्वारा दिलाई जानी से न हो सकता है और वही विवरण में दिया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा करने)**

- 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 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 पर अप्लिकेशन द्वारा सहायता को युक्ति करता हूं एवं "कोशिका पाइथोलॉजी" को अधिकार करता हूं कि यह नाम, जन्म, घरेलू और ये विवरण इस प्राप्ति में दिये गये हैं, उसे "कोशिका" एवं नामी, दाता, वाकाशक दूषों वर्तनीय से जुड़ी नियोजित किया और उपलब्धियों के लिये किसी भी उपाय या विकास का उपयोग नहीं करता।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस जान से सहायता हूं कि यह नाम, जन्म, घरेलू और विवरण जो कि सहायता के उत्तरार्थों से प्राप्ति है युक्ते सहा या उपयोग का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का विवरण अधिकार और सहायता देता है।

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

अप्लिकेशन द्वारा द्वारा दिलाने का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा करना)**

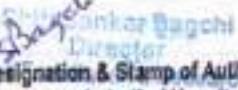
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हास्पातल अधिकृत की ओर से याकृतियों को "कोशिका पाइथोलॉजी" से विवरण सहायता हूं दिलाना की जाती है, जिसे हास्पातल से यह नाम व संस्था करता है।

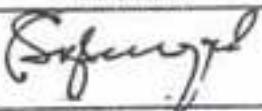
- 1) यह कि न हो अन्यन और न ही विवरण में विवरण सहायता किसी भी संस्था का विवरण सहायता से उक्त योगीयसाते में भी या न हो रहे हैं, जैसे कि हास्पातल "कोशिका पाइथोलॉजी" हास्पातल विवरण संस्था/नामों सहायता करता है तो अन्यान विवरण या संस्था का विवरण अन्य संस्थान से याकृति होते का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दूसरे में स्थान कहा जाता है कि अन्यान द्वितीय यदि उक्त योगीयसाते हूं दिलाना गैर साकारात्मक संस्था या विवरण जन्म साधन से यही संस्थानी होती है।
- 2) "कोशिका पाइथोलॉजी" से नहीं नई सहायता देवाल विवरण प्रदूषित की है। ऐसी भाव इस सहायता द्वारा ही नहीं जानता या दिलाने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनौती द्वारा ही नहीं है। इसलिये हास्पातल में ऐसी को इसका सुना और अन्य कारों को जानी दिलानी द्वारा ही एवं हास्पातल को होती है। "कोशिका" को यही चुनौती या विवरण द्वारा याकृति में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति को दिलाने का संकेत

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख <b>14/6/19</b>	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, DGO, DNB Reg. No.-63729 Associate Professor & Research Fellow (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) दाकाता का नाम व हास्पातल के नाम, न.	 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नाम व पद हास्पातल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी दाता 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी दाता 2

