

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदनक द्वारा घोषणा करें)

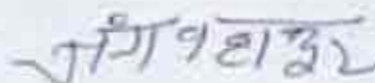
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत जानकारी दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिये, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही लीजिये मैं भूँचा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'वर्चस्व' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा मांगी, मांग, प्राप्त/प्राप्त होने वाले उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण में प्रकाशित की जाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन से प्रभावित है मुझे उदा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप


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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे/हमारे को न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मांग नहीं किया जाता है तो हमारे/हमारे किसी अन्य स्रोत से सहायता मांग या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे/हमारे द्वारा मांग उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता मांग या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मांग सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारे/हमारे को ही मांग सहायता या किसी भी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे/हमारे को ही का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे/हमारे को रोगी के स्वास्थ्य सुखा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारे/हमारे की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/11/11

Dr. Shubha Mehta

DMO, KASHIKA

Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर के साथ डॉ. का रजि. नं.

Dr. V.P. Thakur

Medical Superintendent

SHROMI, KASHIKA

Signature & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

A-9, Kashi Colony

New Delhi-110016

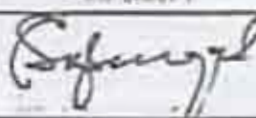
यह डॉ. का हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

माननीय हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

माननीय हस्ताक्षर 2

