

DECLARATION by APPLICANT: I/we are submitting this

- 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व प्रस्ताव में उल्लेख किया गया था तो मेरी घोषणा कि प्रस्ताव को वापस लेने की आवश्यकता नहीं है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "Koshika Foundation" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से उपयोग के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के अलावा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देणारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोहरी की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपने सहयोगी की छुट्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरी और मेरे विषयक इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" दायर न्यासी, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से चुकी परिधिस्थित और वित्तियमों को दिखाने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को तत्पक्ष अधिकृत है। मेरे द्वारा का विषयक मेरे हस्ताक्षर की छापों का रूप में करने को तत्पक्ष "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोहरी और विषयक को कि हस्ताक्षर के उद्देश्य से उल्लिखित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दायर उसमें न्यासी का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपदेवक के इलाजका या कोई भी नुस्खा



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा ब्यवहार)

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 अभिप्रेत, हस्ताक्षरी की ओर से सामने लेखी की "कोशिका सावधान" से विशेष ध्यान से विचारित की जाये, जिसे हम (हस्ताक्षर) दिन प्रान्न से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही कविवर्य में विविध संज्ञाएँ किसी एक सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंटीकमनो में लैंगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विधायिका/विनोद उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा चरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संज्ञाएँ विविध अतिरिक्तकत हेतु चरुर नहीं किच कहा है तो आन्तरिक किसी अन्य एक सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाएँ से संज्ञाएँ लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि आन्तरिक विविध चरर उक्त ऐंटीकमनो हेतु किसी एक सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में जो यह संज्ञाएँ केवल विविध प्रकृति की है। ऐंटी पर इसकात द्वारा ही यह संज्ञाएँ का किये गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐंटी एवं हापतात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषे हापतात में ऐंटी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सही विनियमों ऐंटी एवं इसकात की होगी और "कोशिका" की कोई अधिकार या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

दम्भीयुक्ती के लिए संशुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22.08.2019

Dr. Abhay Gupta (DO, DNB)

DR. ABHAY GUPTA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गति न.

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Clin. behav. of Hospital Inl

www.mca.gov.in

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक कुरूपण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी महाराज ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि ३

Safeway

Sc 28