

DECLARATION by APPLICANT अप्लिकेंट द्वारा संकेत करा:

- 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 liable for rejection/cancellation.
 - 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.
 - 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.
 - मैं पोर्टल काल हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य यथा नहीं है। यदि कोई विवरण एवं बदला जाता यथा बदल है तो मेरी सहायता नियम की जा सकती है।
 - मेरे द्वारा जी साधारण पाठी "पोर्टलिका पाठ्यक्रम", मेरी जा रही है, उपरान्त उसकी उत्तरता की पूर्ति के लिये किया जाएगा, वह इस प्राप्ति में शायद नहीं है।
 - मैं पूरी काल हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस दृष्टि का मार्गिक या सहायता किसी अन्य स्रोतोंनियोग्यतावालीका कामबैठे मेरे न हो सकता है। और न ही प्राप्ति में सौजन्य।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेटर द्वारा)

- 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/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.

- इस प्रति पर अपने हस्ताक्षर या लोटों की ताप लगाकर, मैं (अधिकारी) अपनी सहायता की उमीद करता हूँ कि "कोलंबिका फार्मसीस" वीर उड़ाने व्यक्तिएँ जो अधिकृत करता है कि ये तो नाम, वाह, चोटें और ये विवरण इस प्रति में खोलिया है, तभी "कोलंबिका" एवं न्यायी, दार, चारबद्ध तृष्णा बहुरूप ये युक्ति गिरिशिखियों और राजनीतिकों वाले लियो जिन्होंने ये शास्त्र व्यापक तौर पर लिया है।
 - मैं (अधिकारी) इस बात से सहमत हूँ कि ये चार, दार, चोटों और विवरण जो कि सामाजिक एवं राजनीतिक दृष्टिकोण से दर्शित हैं युक्ति रूप; याकान्त या हवायात वही बाजाता। इस राज्यधर्म में "कोलंबिका" एवं उड़ाने व्यक्तियों का गिरिश भवित्व और व्यापकताई होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

અધ્યાત્મ નો ગુરુવાના માટે

UH
selj

AGREEMENT by HOSPITAL (संकल्प द्वारा वाच)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kohlka 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.

इनमें अविवाहित युवतीयों की ओर से याचिकायों को "वार्षिक पाठ्यक्रम" से निपटा याताना होने वाली है, जिसे दब (हायपात) या दबाव के नाम से जाना जाता है।

- 1) यह कि न हो सर्वांग और न हो परिवर्ण में विभिन्न सहायता किसी तरीके से याकृति संख्याएँ या इनमें अन्य स्रोतों से दर्शक लेने वाले या ऐसे जो तो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोटीलाल पाटान्डेश्वर" से विभिन्न विभिन्न उत्तर के सम्बन्ध में "कोटीलाल पाटान्डेश्वर" द्वारा यह देखा कि है। यही "कोटीलाल पाटान्डेश्वर" द्वारा प्राप्तवाच विभिन्न अभिक्रमणकाल संबंधित गढ़ी गई किंवदं यात्रा होती है तो असमान छिपी अन्य गैर सहायती संख्या या इनमें अन्य उत्तरात्मक से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्वी में स्वयं सहायता देता है कि असमानता द्वितीय वर्त उत्तर गोपी/गान्धी देखा किसी गैर सहायती संख्या या इनमें अन्य उत्तरात्मक से वही संस्कारण होता है।
 2. "कोटीलाल पाटान्डेश्वर" से ली गई सहायता के बाहर विभिन्न द्रष्टव्य होते हैं। ऐसी पर इसकास द्वारा वही गई समझ हो जिसमें गैर उत्तरात्मकिया का गुणात्मक होतो एवं इसकास के बीच का विषय है और "कोटीलाल पाटान्डेश्वर" द्वारा इनमें इनका कोई रखना नहीं है। इसकास में ऐसी के द्वारा सुना गैर अपने जाने की सर्वोत्तम विषयोंमें ऐसी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती को दिए गए

Date of Surgery अंपेतान की तिथि	Dr. Gaurav Shah (MS) <i>DR. GAURAV SHAH</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दास्ताव का नाम व इस्तमात्र व रीति.	 VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's <i>Gitanjali Hospital</i> नाम का MANUFACTURED अधिकारी
23-08-2019		

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKI FOUNDATION

卷之三

SIGNATURE of TRUSTEE 1
उपायी रुक्मिणी ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रस्टी २

Sparagi

See B