

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED है गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 & or 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाحد अवश्य सत्य साबित है तो मेरी सहायता शिथिल की जायेगी।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि मैं इस सहायता के अतिरिक्त या इसके अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कोई सहायता लूँ और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता हेतु उद्देश्य के तहत उपयोग के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी द्वारा जो सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मेरी सहायता का इस्तेमाल करने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी द्वारा जो सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मोठे की छाप

RH
seal



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 और से भरोदारों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के उद्देश्य हेतु/उद्देश्य के लिये ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के तहत जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश के तहत प्रदान की जा रही है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के उद्देश्य हेतु/उद्देश्य के लिये ली जायेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता के लिये हमें उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्तगत सुख और जाने जाने की जायेगी जिम्मेदारी केवल हस्पताल 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

26.08.2019

Dr. Monali Rathod (DNB)

P.R. Monali Rathod

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Child Care Hospital

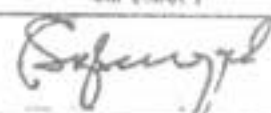
डॉ. श्रोफ़ की चिल्ड्रन केयर हॉस्पिटल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

