



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा संकेतन करा।

- 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 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 संकेतन करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गए मानी विवरण सभी बहावकारी के अनुसार यथा एवं गहरी हैं। यदि, कोई विवरण ऐसे बहावकारी के अनुसार नहीं है तो भेजी जानामान विवरण की जा सकती है।
  - 2) मैं इस जो सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", से जीवन की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृटीय की लिये विवरण जापेंगे, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
  - 3) मैं उपर्युक्त करता हूं कि यह सहायता सेवा या अन्यथा की नहीं है, जब तक कि आवेदक या सहायता विवरण विवरण का अधिकारी नहीं है तो यह नहीं है और न ही अधिकारी न है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा करा।)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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 is thus regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकाश पर आवेदक सहायता के अधिकारी की जाप लाभाता, मैं (आवेदक) आवेदक सहायता की तृटीय करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकों" को अधिकारी करता हूं कि ये उन्‌हम, यह, योगी और जो विवरण इस प्रकाश में दर्शित है, जो "कोशिका" द्वारा, नामांक, चाल, बाबकारा या उसी उद्देश्य में जुड़ी विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश सम्बन्ध में प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मैं इन जो विवरण नहीं इसका को जाहाज या बाहर या बाहर के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न नामांक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाप से सहायता हूं कि मैं यह चाल, चाल, योगी और विवरण यहे कि सहायता के उद्देश्यों में जुड़ी है मुझे तथा: सहायता का उद्देश्य नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकों का विवेद अद्वितीय और बाबकारी होता।

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

आवेदक के सहायता के अधिकारी का जाहाज

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इस्तमाता द्वारा करा।)

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.

इसमें अधिकृत, इस्तमाता की जाप से सहायता के "कोशिका फाउंडेशन" से विवेद सहायता है जिप्रतीरित की जाती है, जिये हन (इस्तमाता) जिन प्रकाश से गान्ध व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को जटिलता और न को अधिक में विवेद सहायता किसी गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य स्थान से कठा ऐसी/प्राप्ति में सौंपे जा सके यहै, जैसे कि इन्हें "कोशिका फाउंडेशन" से विवेदीर्विवेदित उठते के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा हैतु नहीं है। एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हैतु मन्त्र नहीं विवर जाता है तो अस्पताल किसी जाप या जाहाज संस्थान का विवेद अन्य सहायता या सहायता तोने का अधिकार नूरीकृत रखता है। इस तृटीय में स्पष्ट करा जाता है कि इस्तमाता द्वितीय परदे उठके एकीकृत सहायता की जापी जाएगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं यह सहायता बीचत विवेद प्रदृष्टि नहीं है। ऐसी यह सहायता द्वारा ऐसी जाप सहायता/प्रक्रिया का पूर्ण ऐसी एवं हस्ताक्षर के बीच यह विवेद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई दराव नहीं है। इस्तेवे इस्तमाता में देखी के इसका शुल्क और उन्हें जारी की जानी विवेदारी देखी एवं इस्तमाता की होनी और "कोशिका" की कोई भुक्ति या विवेदारी इस प्राप्ति में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
अधिकृत की संहिता

26-8-2019

**Dr. Monali Rathod (DNB)**

*DR. Monali Rathod* / 1183021

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
इस्तमाता का नाम व संस्कृता व दंब. न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग है।

**VIVEK RANA**

Administrator

U.S.D. Hospital - Koshika Foundation & Stamp of Authorised Signatory  
(On behalf of Hospital)

नाम व पर इस्तमाता अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इस्तमाता।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इस्तमाता।