

DECLARATION by APPLICANT: सत्यमेव जयते

- 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, or for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व बताने में गलत या झूठा है तो मेरी सहमति निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "यहाँ पर बताने" में दी गई जानकारी, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताना था।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वसत)

- 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 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 का अपने हाथों या जोंगों की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छावनी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भौजित है, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग, राज, सचराज्य द्वारा वर्तमान से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण की इसका के रहने या बार में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इच्छा से प्रेषित है मुझे तथा; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भ्रातृवर्ग भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को समझाना या झूठे का गिफत



AGREEMENT by HOSPITAL (BY APPOINTMENT AND WORK)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अतिरिक्त, इलाखरी की ओर से मायसेलैरी को "कॉमिश्नर फॉरवेल्ड" से विदित साधक हेतु विचारित भी करते हैं, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से अन्य व सौकर करते हैं:

1. यह कि न तो संघर्ष और न ही स्थिति में जितना सहायक किसी भी सरकारी संघर्ष या किसी अन्य संघर्ष से उभर सोंगे/पाएंगे वे होंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनेंस" से रिजर्विज/प्रतिष्ठित उभर के संभव में "कोशिका फायनेंस" द्वारा घर लेने कि है। यदि "कोशिका फायनेंस" द्वारा सहायक निजी कॉलिका/सकल हंडू हंडू की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संघर्ष या किसी अन्य संघर्ष से सहायक लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में घर का बाधा है कि अस्पताल विशेष घर उभर सोंगे/पाएंगे हंडू किसी भी सरकारी संघर्ष या किसी अन्य संघर्ष से नहीं लेने/लेनी।
2. "कोशिका फायनेंस" से भी न सहायक संघर्ष निविदा प्रवृत्ति की है। ऐसी पर इच्छाएं द्वारा भी कई संघर्ष या किने गये इच्छाएं/प्रतिष्ठित का सुझाव लेते एवं इच्छाएं से बीच का विचार है और "कोशिका फायनेंस" द्वारा किसी उभर का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इच्छाएं में सोंगे के इच्छा सुझा और जाने जाने की सारी विनिर्देशी लेते एवं इच्छाएं की होनी और "कोशिका" की कोई सुनिश्चित का विनिर्देशी इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5.09 2019

Dr. Abhinav Gupta (DO, DNB)
DR. Abhinav Gupta

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

~~VIVEK RANA~~

Administrator

Signature, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(MAY BE USED BY HOSPITAL)
कमल मेडिकल हॉस्पिटल, अहमदाबाद

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION. आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासो महत्त्व ३

Sc 2B