

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 & ongo-
 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा-
 2) मेरी द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या वस्तुतः किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'प्रायोर्स' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम,
 पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, सन, याचना/याचनोत्तर से कुछी परिधि/परिधि और उपस्थिति/स्थिति के लिये किसी भी प्रकार सहायता
 से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी इच्छा को पूरने का चरम करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे क्या: सहायता का इच्छा नहीं करता इस सम्बंध में
 "कोशिका" एवं उसके न्यासी/याचनोत्तर और सहायता/याचनोत्तर होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

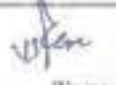
RP
self


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/सभी 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 भी रोगी/रोगी के सम्बंध में कोशिका फाउन्डेशन से ली जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
 से सिफारिश/सिफारिश उसी के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्ति हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल
 किसी अन्य रोगी/रोगी के सम्बंध में कोशिका फाउन्डेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी रोगी/रोगी के सम्बंध में कोशिका
 फाउन्डेशन से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
 के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इसका सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी होती एवं हस्पताल
 की शोर्टी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

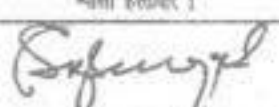
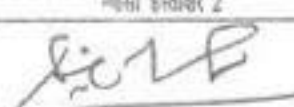
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-09-2014	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroff's Hospital) नाम व (हस्ताक्षर और छाप) अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	---