

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी
(1)	JCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त होगी।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न के लिये और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की रकम वापस करने का दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयं की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, चिकित्सा सुविधाएं प्रदान करने के लिये मेरी पहचान और मेरे उद्देश्य के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या निदेशकों द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AM
Sely

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और/या अंगूठे की छाप करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम या हमारे अंगूठे की छाप करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिये निवेदन कर रहे हैं, जिसके लिये हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें या हमारे अंगूठे की छाप करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता का कोई दावा नहीं है। हमारे अंगूठे की छाप करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता का कोई दावा नहीं है। हमारे अंगूठे की छाप करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता का कोई दावा नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06.09.2019

DR. Monali Rathod
Dr. Monali Rathod

(Name, Designation & Reg. No. with Stamp)

नाम, पद और पंजीकृत नंबर के साथ छाप

VIVEK DANA

Adj. Director

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

नाम, पद और हस्ताक्षर करने वाले की छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

Sd/-

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Sd/-