

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਨੈਲਕਾ ਹਾਟ ਸੋਪਨਾ ਜਥਾ:**

- 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 assistance for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पूर्व या भविष्य में कहीं भी, इस मदद या प्रार्थना के समकक्ष किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (X09556 2006 W004)

- 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 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासेवा" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, चान, वाचनालय द्वारा वर्ल्डवैड से खुशी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिखाने के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के वर्ल्डवैड से प्रसारित है मुझे स्वतः फाउंडेशन का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीवा का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आभेदक को हलफना या मोठे का निशान

RH
self

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की स्वीकृति)

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 अधिकांश, इस्तिलाही की ओर से सामंती-पैतृकी की "बौद्धिक फाउन्डेशन" से बिलियन सहायता होत विकसित की जाती है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य से भिन्न व भौतिक करते हैं:

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायक किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य अंग से उका घेरी/पगले में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपटीसी/विपटी उका के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विपटी अतिरिक्त/अपगत देतु मनुष्य को फिर उका है तो अवश्यत किसी अन्य या साकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट उका उका है कि अगलाट टाईम मर उका घेरी/पगले देतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेत/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले सहायक संस्था विहित प्रवृत्ति की है। लेने का इच्छात द्वारा ले ले सहायक या किने ले उपचार/विक्रय का मुनाफ लेने एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायत नही है। इसीले इच्छात में लेने के इच्छात मुनाफ और लेने लेने को सारी जिम्मेदारी लेने एवं इच्छात को लेने और "कोशिका" की कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस सहायक में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11.09.2019

DR. Anuj Dubey

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

बाल्य का नम्र व हलका व रंग, व

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Dr. Shashi S. Chavhan on behalf of Hospital)

नाम: श्री. रमेश चंद्र शर्मा, अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोज्य रेट

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायही हस्ताक्षर २

Sc 28