

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेकर द्वांर घोषणा पत्र)

- 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, for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल इस प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में मिलूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेकर द्वांर सहमति)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेकर) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'वर्चस्व' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, कक्षा/संस्था द्वारा उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने से निषेध अधिस्त है। जो प्रपत्र का विवरण मेरी सहमति के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य स्रोत है।
- 2) मैं (अर्शेकर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, उनसे स्वतंत्र सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेकर के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RH
Sd/-

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वांर सहमति)

By affixing hereunder, signatures 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 की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को लिखित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के साथ ही हम घोषणा करते हैं कि सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है। इस घोषणा के साथ ही हम घोषणा करते हैं कि सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
(स्वीकृति के लिए सिफारिश)**

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13-09-2019	Dr. Abhay Gupta (D.O. DNB) DR. Abhay Gupta (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

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