

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक द्वारा 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, of the for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उस पर सहायता निरास की जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा सहमति)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यासीय, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य से मुझे वितरित करने और वितरित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से जोड़ा है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" एवं न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शेदक के हस्ताक्षर या बाएं तलुके का छाप

प्रदीप सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे संकेत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे हुए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरिक्त/अपूर्ण/पूर्ण रूप से नहीं दी जाय तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय स्वरूप में होगी और इस रोगी/रोगी के लिए किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेनी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली जाय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस रोगी का सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13.09.2019	<i>Dr. Anil Kumar Gupta</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	<i>(Signature)</i> (Signature) Authorised Signatory 10/11/2019 on behalf of Hospital कोशिका फाउंडेशन के लिए
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>	