

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 this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रमाण से दिखे वाले सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस प्रमाण सच बता है तो मेरी सहायता निराद है।
- 2) मेरी इस ओर सहायता दिला "अभिलेख प्रमाणपत्र", मेरी ही का सही है, जहाँ उल्लेख उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में सच बता है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस सहायता से मैं यह प्रमाण की गई है, उस दस्ता का अभिलेख का सचत विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्णायक/सोच/कामगार से न ही लिया है और न ही यह सच के

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस बात पर अपने हस्ताक्षर या मोहर की आवश्यकता, मैं (अपेक्षक) अपनी सामग्री की पूर्णिकता हूँ एवं "कोशिका" पाठ्यपुस्तक और उसके नकलों को अपेक्षक का हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और की विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" प्रणम्य न्यायो, राज, वाचकता पर दूसरे उद्देश्य से मुझे परिचितियों को बलव्यवस्था के द्वारा किसी के प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अपेक्षक है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे हस्ताक्षर के प्रत्येक का मत से करने के लिए "कोशिका" प्रणम्य न्यायो, राज, वाचकता पर दूसरे उद्देश्य से मुझे परिचितियों को बलव्यवस्था के द्वारा किसी के प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अपेक्षक है।

2) यै (अन्यथा) इस बात से सम्मत है कि वेद का एक ही स्रोत है।

“केशिका” एषम् अनेके भाषिण्यं वा निर्णयं अतिथिं और सत्यकामो होह।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

આચાર્યશ્રીએ કહ્યું કે, જો આપણે આજે આજીવનના સમગ્ર સમયમાં જીવનના આનંદનો અનુભવ કરી શકીએ તો જીવનનો અર્થ જાણી શકીએ છીએ.

LH
sely



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIENCY 500)

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 patent/cases, 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 patent/cases.

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.

(1) यह कि न तो कोषिका और न ही कोषिका में विहित सामग्री किसी भी कानूनी कोषिका या किसी अन्य कोष में समाविष्ट है।

[illegible]

1. "कॉलेजियल फायनेंसिंग" से तो यह वास्तव में एक निहित प्रवृत्ति की है। ऐसी या इच्छाएँ इस सी पर्यंत जा सकती हैं कि वे अपने-आप में एक ही प्रवृत्ति के अन्तर्गत आ सकें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसूति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16.09.2019

Dr. Monali Rath

D.R. Manu Rathod

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

डाक्टर का नाम व सम्बन्ध व पता न

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

नाम है डॉ. शशी कान्त अधिकारी अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी इलाहा ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जुलाई १९७२

Sc 28