

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 & original 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 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताता है तो मेरी सहायता निरास हो जाएगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लूँगा और न ही भविष्य में दूसरा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या जीरो की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्बल्ड, चित्र, चरित्र/चित्र द्वारा उद्देश्य से चुनने गतिविधियों और वितरण/प्रसारण के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकाश का विवरण मेरे प्रकाश के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोक्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे फलतः सहायता का इच्छुक नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्ड न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट का निशान

ANUJ DIXIT

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से निरास हो जायेगी, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उपाय लेने/पान करने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग से नुमाया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य से नुमाया नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य भी सहायी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहते हैं कि अस्पताल वित्तीय मदद उपाय लेने/पान करने से निरास हो जायेगी अन्य भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/पान करेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपाय से नहीं सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16.09.2019

Dr. ANUJ DIXIT

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

VIVEK RANA

Administrator

Dr. Anil Kumar & Stamp of Authorised Signatory

(Mandatory of Hospital)

हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोक्त हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोक्त हस्ताक्षर 2

Safarpur