

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान क्षेत्र पर;

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं सफल उपाय प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकेगी।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से सही था खो है, इसका उपयोग यही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस परिसर का अधिकार या सफल विपरीत किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ा है, इसे "कोशिका" द्वारा मंचाने, दान, चपरा/का दूर से वसूले या किसी भी अभिव्यक्ति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रकाश से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप पर विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से जोड़ा है उसके द्वारा सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature: *LH sety*

Thumb impression (Left Thumb)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

- इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो हम (हस्पताल) सिफारिश के बिना न स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर/प्रकार से प्राप्त नहीं की जा सकेगी तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मात्र उस रोगी/रोग के लिए है कि जिसके सहायता का किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता का निर्णय लेने पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य चारे की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16-09-2019

Dr. Monali Rathod (DNB)
Dr. Monali Rathod

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व त्रि. नं.

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
कोशिका फाउंडेशन के लिए अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

Handwritten signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Handwritten signature of Trustee 2