

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 & 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 assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि यह सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जायेगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, न ही भविष्य में करूँगा, कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम है और न ही रकम में छूट।

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 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी सहमति का उपयोग करके मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को एकत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउन्डेशन" के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरी सहमति का उपयोग मेरी इलाज के पूरा होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकार हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से मेरी सहमति का उपयोग करके मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रकाशित कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, दानों को एकत्रित करने के लिए और/या "कोशिका फाउन्डेशन" के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरी सहमति का उपयोग मेरी इलाज के पूरा होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकार हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रित छाप

Handwritten signature: *Pr. Sely*

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 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.

हमने अधिष्ठाता, डॉक्टरों को और न केवल डॉक्टरों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से काम न कर सकेंगे:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17-09-2019	Dr. Gaurav Singh (MS) DR. Gaurav Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व रज. हस्ताक्षर अधिष्ठाता
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---