

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा बयान)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रबंधन भी था है, उस दवाइयों का आर्थिक या सफल विस्तार किसी अन्य ग्राहक/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्बल्म, पत्र, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन/रेडियो से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उत्तर का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों पर करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है। प्रकाशित का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म त्रुस्टी त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बयान)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी कोशिका/फाउंडेशन हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामी दिवस पर हम उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरु और आगे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17.09.2019	Dr. Gaurav Shah (MS) <i>Dr. Gaurav Shah</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. एवं मुद्रा	VIVEK-RANA Administrator <i>(Signature)</i> Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital जान व सर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--