

Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	SCEN	

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 & 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इससे मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस सहायता का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

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/post-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 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, साक्षात्/दूर से उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रत्यक्ष से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है जहाँ फाउन्डेशन का हकदार नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

Handwritten signature and thumb impression of the applicant.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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 अधीन, हस्ताक्षर की ओर से हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती तो हमें किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत हमारा मत है कि सहायता वित्त पर हमारे प्राधिकार हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेनी चाहिए।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो कि फाउन्डेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है जहाँ फाउन्डेशन का हकदार नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18.09.2019	Dr. ANUJ DUBEY (MS) <i>Handwritten signature of Dr. Anuj Dubey</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले का नाम, पद और छाप
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 जहाँ हस्ताक्षर 1 <i>Handwritten signature of Trustee 1</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जहाँ हस्ताक्षर 2 <i>Handwritten signature of Trustee 2</i>	