

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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 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 it 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 co. for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता प्राप्त नहीं होती तो सहायता नि:कार्य होगी।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही या सही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए नहीं आवेदन करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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-upreproduce 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान (अर्शक) करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से मुझे वित्तिय सहायता के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने में लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार नहीं करता हूँ कि वे मेरे नाम या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थना है मुझे प्राप्त: सहायता का हस्तांतरण नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Signature

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 this patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- मैं यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता को सिफारिश करती हूँ, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान करने में सक्षम हैं।
- 1) मैं यह कि मैं या मेरा अंगूठा या मेरी अधिकृत हस्ताक्षर करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करती हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाएगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो मैं या मेरा अंगूठा या मेरी अधिकृत हस्ताक्षर करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करती हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाएगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरा अंगूठा या मेरी अधिकृत हस्ताक्षर करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करती हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाएगी। मैं या मेरा अंगूठा या मेरी अधिकृत हस्ताक्षर करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करती हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18.09.2019	Dr. Monali Rathod (DNB) <i>DR. Monali Rathod</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील	VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroff's Central Hospital) डॉ. शर्मा केन्द्रित अंगूठा
--	--	---

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>
--	--