

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण गलत या झूठ साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकेगी।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पत्र पत्र है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दवा का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य प्रोडिगोसोविक/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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.
- 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.
- इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एन.सी.आर.ए. चान, चान/का/का द्वारा उद्देश्य से चुनी गई विधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों से प्राप्त है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रसारित है चुने गए सहायता का इकट्ठा करी सहायता इस सम्बंध में "कोशिका" एन.सी.आर.ए. चान/का/का विवरण और चान/का/का होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

LH
selfy

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.
 - 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) बिना प्रचार से नाम व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये ली जा सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि तक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सिफारिश/विधि हेतु सन्तुष्ट न हो कि सहायता किसी अन्य और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट पत्र पत्र है कि सहायता वित्तिय पत्र पत्र उद्देश्यों हेतु किसी और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/लेनी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्राप्त हो गई सहायता का बिना कभी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं एवं हस्तगत को रोग का बिना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्तगत सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या विनिर्णय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तारीख 18.09.2019	DR. ANAND DUBEY (MS) OR. Anand Dubey 43 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	Signature VIVEK RANA Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital जान व हस्ताक्षर और छाप अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2