

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
(1)	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: महेश कुमार मोहन या.

- 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, if any, 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कतार है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach in unit)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुठ्ठी का छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में दीक्षित हैं, उसे "कोशिका" एवम् त्वासीय, दान, सचन/च दूरे उद्देश्य से बुद्धि गतिविधियों और उत्पत्तियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चार से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व त्वासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदना को हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

RH ()

AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल से सहमति)

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 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.

इससे अधिकतर, इन्फ्लेन्जा को जोर से बचाने के लिए "वैक्सिना फ्लूवैडेंट" से वैक्सिना लगाना ही विकल्पित की जाती है, जिसे हम (इन्फ्लेन्जा) दिनों प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में संविधान सभाओं किसी भी सभाकी संख्या या किसी अन्य बातों से उच्च होती/थानी में होने या न होने है, बल्कि कि इनमें "कोशिका काउन्सेल" में विभाजित/विच्छेदित उच्च को संख्या में "कोशिका काउन्सेल" द्वारा चयन हेतु कि है। यानी "कोशिका काउन्सेल" द्वारा संख्या विच्छेदित अधिका/अल्पत हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अन्तर्गत किसी अन्य भी सभाकी संख्या या किसी अन्य संख्याओं में संख्याओं होने का अधिका/अल्पता सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में संख्या कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय चरण उच्च होती/थानी हेतु किसी भी सभाकी संख्या या किसी अन्य संख्या में नहीं होना/होनी।
2. "कोशिका काउन्सेल" से ही यह संख्याओं संख्या विच्छेदित उच्च कि है। होने या अल्पतल द्वारा ही यह संख्या या किसी भी उच्चतल/अधिकत का सुनिश्चित होती एवं अल्पतल से बीच का विवरण है और "कोशिका काउन्सेल" द्वारा किसी उच्चत का कोई दस्ता नहीं है। इसलिये अल्पतल में होती की उच्चत सुनिश्चित और जाने जाने की सारी विधेयता होती एवं अल्पतल की होने और "कोशिका" की कोई सुनिश्चित या विधेयता द्वारा संख्या में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

मुख्यकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Monali Rathod (DND)
DR. Monali Rathod

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

नाम से पूछें हम्यताल अधिकाधिक अधिकाधिक

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यानी इस्लाम ।

Example

SIGNATURE of TRUSTEE 2

च्युती हस्ताक्षर २

1212