

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य सत्य साबित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 (2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पता गया है।
 (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को दबाने से, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, नाम, सम्बन्धनायुक्त रूप से वर्णन से सुदृष्ट गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जायज अधिकृत है।
 (2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे ज्ञात; सहायता का इस्तेमाल नहीं सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम उपाय न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature and a purple thumb impression.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
 (1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो रही या हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/कियी प्रकाश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेरित हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पिटल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पिटल द्वारा प्रेरित प्रकाश हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जायज सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पिटल द्वारा ही जायज सहायता का चुनाव होगा एवं हस्पिटल को बीमा का निर्यात है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पिटल में रोगी के इलाज सुझा और जाने करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पिटल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17.10.2019

Dr. Gaurav Shah (MS)

Reg. MCI/10-37305

Handwritten signature of Dr. Gaurav Shah

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

डॉक्टर का नाम व इलाज नंबर सहित

VIVEK RANA

Handwritten signature of Dr. Shroff's Charity

Dr. Shroff's Charity Ex. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यह व पर हस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

Handwritten signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Handwritten signature of Trustee 2