

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण 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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपस्थित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण अंश के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया है, उस सहायता का मुझे भुगतान या वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो तथा उद्देश्य से दृढ़ी तस्वीरियाँ और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान 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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निशानि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निशानि सिफारिश/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेगा या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखेगा। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीयों द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सही विधियों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या विनियमन इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.12.2019	DR. Rameey Raza (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व संदि. नं.	VIVER RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSH/KA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2