

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में अलग रूप में गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सही मदद ली है, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रक्रिया की नहीं है, इस मदद का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 प्रकरण का अपने इलाज या अंगुली की छाप सत्यकर, मैं (आवेदनक) अपनी छाप/अंगुली की छाप लगाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपाल" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोपाल, छात्र, सचिव/एनजीओ उद्देश्य से प्रमोटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का इलाज मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपाल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोपाल का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

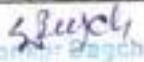
आवेदनक के इलाज या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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, हस्पताल की ओर से अनुमोदित/सिफारिश करने वाले अधिकारी का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से अस्वीकार/अस्वीकार नहीं की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मांगी सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारिता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंगुली की छाप 28/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan MBBS Reg. No. - 03729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व इलाज या छाप	 Shub Sankar Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपाल इलाज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपाल इलाज 2
