

[illegible]

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव से रिपे गवे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्थापना यंत्र "कॉम्पिज फाउन्डेशन", मे लै जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में बता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्थापना हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यंत्र का अधिकतम या अधिकतम हिस्सा विभिन्न अन्य संस्थानों/व्यक्तियों/संस्थाओं से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या मोहताब को ज्ञान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो जो जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचना/या दूसी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधोदक्ष को हस्तक्षुब्ध या अंगुठे का निशान

શ્રીના અશ્વિન

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारे श्रीविष्णु, हस्ताक्षर की ओर से सम्मेलन/संगीत को "कलाशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु भिराणिका को जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विषय प्रसार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमने औचित्य, हस्ताक्षर की ओर से जमने/एक को "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलिय सहायता हेतु मित्राणि का जता है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य है कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को कि १ से बर्तमान और १ को पञ्चम में मिलिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मायले से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मित्राणि/मिलिय उक्त क संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निमित्त अतिशय/सफल हेतु मन्त्र नहीं किप जाता है तो अन्त्यतः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुधि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसता द्वितीय मदर उक्त रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
२. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता कंचल मिलिय प्रकृति को है। रोगी या हमसतल द्वारा दी गई सहाय या किसे गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसतल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसतल में रोगी क इलाज शुरू और आने जाने की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसतल को होगी और "कोशिका" को कोई शुमिका या जिम्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

01978-1-4020-6020-8

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. S. ...
Director
M.B.B.S., M.S. (L...)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
जय व फा हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ग्यासो इस्ताखर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safeway

Scrf